



Ana Luísa Simões Marques Ferreira

Burnout entre Audiologistas

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre, orientada pelo Senhor Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

julho 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Luísa Simões Marques Ferreira

Burnout entre Audiologistas

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do
grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Pedro Ferreira

Coimbra, 2015

Imagem da capa: Banco da Saúde

Disponível em: <http://noticias.bancodasaude.com>

“o stresse é como a tensão da corda de um violino: quando a corda está frouxa não produz som e quando está muito tensa parte-se”

Jonhston (1986)

Ao Tiago,

Aos meus pais, Celeste e José,

A ti e a ti...

É chegada a hora de reconhecer e agradecer às pessoas que contribuíram, apoiaram e acompanharam este estudo, para que hoje ele possa ser uma realidade...

Ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Ferreira, pela disponibilidade, compreensão e orientação ao longo de todo o trabalho. É um privilégio trabalhar com o Professor! É por nos cruzarmos, ao longo da vida, com pessoas como o Professor Pedro, que faz sentido continuar...

À Associação Portuguesa de Audiologistas, pelo apoio e disponibilidade para a concretização deste trabalho.

À Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra, na pessoa da Professora Carla Matos Silva e da Professora Margarida Serrano, pela ajuda incondicional.

Aos meus pais, que com os seus valores e humildade sempre me ajudaram a encontrar o caminho certo e me apoiaram em todas as minhas decisões. Tudo o que sou, devo-o muito a eles!

Ao meu namorado, Tiago, pelas longas horas que dispensou para me ajudar neste trabalho; pelo carinho e força nos momentos difíceis.

À minha amiga e colega de trabalho, Lúcia Gaspar, pela paciência, compreensão e disponibilidade em todos os momentos.

Ao Francisco e ao Ricardo, pela disponibilidade e ajuda.

À minha família, pelo apoio e dedicação.

Por fim, a todos os Audiologistas que se disponibilizaram em preencher o questionário, pela receptividade e pelo interesse demonstrado, sem o vosso apoio este trabalho hoje não seria uma realidade.

A todos... Muito Obrigado!

RESUMO

A escassez de recursos e a pressão das instituições para obter resultados estão a levar cada vez mais profissionais ao esgotamento físico e emocional. Um estudo da OCDE, evidência a ligação entre problemas psicológicos e condições de trabalho em 15% a 20% da população ativa. Portugal ocupa o sétimo pior lugar, entre os 34 países pertencentes a esta organização. O *burnout* é a fase final de uma situação de stresse profissional crónico, apresentando o seu foco principal na exaustão emocional, despersonalização e na baixa realização profissional. Este termo foi introduzido por Freudenberger, em 1974.

O presente estudo apresenta-se como não experimental, descritivo e transversal, através do qual se pretende determinar a prevalência dos níveis de *burnout* pessoal, relacionado com o trabalho e com o utente dos audiologistas portugueses. Da população em questão (n=241), 94 indivíduos (39%), responderam ao questionário, sendo a amostra final de 86 audiologistas portugueses. A amostra é composta por 77,2% do sexo feminino, sendo a idade média dos inquiridos de 22,8 anos, 73,1% dos profissionais são solteiros, 59,3% trabalham na área da reabilitação auditiva e a média de tempo de exercício da profissão situa-se nos 5,3 anos. Para a recolha de dados, utilizou-se um questionário, composto por três partes: para analisar os fatores individuais, um questionário de dados sociodemográficos e profissionais; para analisar o nível de *burnout*, a versão portuguesa do *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) e para analisar o impacto no dia-a-dia, um questionário para avaliar a qualidade de vida (SF 12 V2). Para a recolha de dados, este estudo, teve o apoio da Associação Portuguesa dos Audiologistas (APtA) e da Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra (ESTeSC).

Os níveis médios de *burnout* encontrados na escala do *burnout* pessoal foram de 35,0, no *burnout* relacionado com o trabalho de 41,3 e, por último, na escala do *burnout* relacionado com o utente a média é de 29,5. Verificou-se, ainda, que relativamente à situação familiar, são os casados que apresentam índices mais elevados de *burnout* pessoal e de *burnout* relacionado com o trabalho, com diferenças estatisticamente significativas. Podemos também verificar que quantas mais horas o profissional

trabalhar no seu local principal de trabalho maior é o nível de *burnout* esperado. Os níveis elevados de *burnout* estão relacionados com índices mais baixos de qualidade de vida.

No geral, estes dados apontam para um nível baixo de *burnout* relacionado com os audiologistas portugueses, sendo as variáveis situação familiar e número de horas de trabalho semanais as que mais influenciam os níveis de *burnout*, o que se traduz numa menor qualidade de vida destes profissionais.

Palavras-chave: *Burnout*; Stresse; Audiologista; Qualidade de Vida; CBI.

ABSTRACT

The lack of resources plus the pressure to achieve results are getting working people closer from physical and emotional breakdown. An OECD study stresses the connection between psychological issues and labor conditions in between 15% to 20% of working population. Among 34 countries, Portugal is the seventh worst country. *Burnout* is the final stage of a chronic professional stress situation, having its focus on emotional exhaustion, depersonalization (lack of personal identity) and on low professional accomplishment. This term was introduced by Freudenberger, in 1974.

This study has a non-experimental, descriptive and transversal basis, from which it is intended to determine personal *burnout* levels prevalence, related to the Portuguese audiologists' patients and their profession. Concerning the population in question (n=241), 94 individuals (39%) answered the questionnaire, the final sample engulfs 86 Portuguese audiologists. 77,2% of the sample is composed the female gender, the average respondent's age is 22,8 years, 73,1% of the professionals are single, 59,3% work with auditory rehabilitation and the profession's average length comes to 5,3 years. A three part questionnaire was used to retrieve data: to analyze personal features, a professional and sociodemographic data questionnaire; to analyze the *burnout* level the version Portuguese the *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) and to analyze the everyday impact, a questionnaire to evaluate quality of life. The Portuguese Audiologists Association and Coimbra's Technology and Health Higher School supported data retrieval for this study.

Average *burnout* levels founded in personal *burnout* scale were 35,0, in work related *burnout* 41,3 and, last, in patient related *burnout* scale the average is 29,5. Furthermore, it was possible to verify that relation in what family situation is concerned, it's married people who present higher personal and work related *burnout* levels, with significant statistical differences. One can verify that the more hours a professional works at his main job location, the bigger is the expected *burnout* level. Higher *burnout* levels are directly related to lower quality of life indicators.

These data point to a low *burnout* level related to Portuguese audiologists, the variables family status and number of weekly hours of work influencing the *burnout* levels, which results in a lower quality of life of these professionals.

Keywords: *Burnout*; Stress; Audiologist; Quality of Life; CBI.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APtA – *Associação Portuguesa dos Audiologistas*

CBI – *Copenhagen Burnout Inventory*

CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*

ESTeSC – *Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra*

EUA - *Estados Unidos da América*

ICN – *International Council of Nurses*

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

MBI-GS - *Maslach Burnout Inventory – General Survey*

OCDE - *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TDT - *Técnico de Diagnostico e Terapêutica*

UE - *União Europeia*

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Modelos explicativos do <i>burnout</i>	20
Quadro 2 - Sintomas de <i>burnout</i> a nível individual.....	37
Quadro 3 - Sintomas de <i>burnout</i> a nível interpessoal.....	37
Quadro 4 - Sintomas de <i>burnout</i> a nível organizacional.....	38
Quadro 5 - Sintomas de <i>burnout</i> nos profissionais de ajuda.....	38
Quadro 6 - Divisão do <i>Copenhagen Burnout Inventory</i>	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Alfa</i> Cronbach escala CBI	55
Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra	59
Tabela 3 - Características profissionais da amostra	61
Tabela 4 - Caracterização da amostra quanto ao rendimento familiar	62
Tabela 5 - Características gerais da amostra quanto à atividade profissional.....	62
Tabela 6 - Caracterização da amostra quanto ao grau de satisfação na instituição.....	63
Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto aos níveis de <i>burnout</i>	63
Tabela 8 - Consistência interna do CBI	65
Tabela 9 - Relação entre o <i>burnout</i> e o género.....	67
Tabela 10 - Relação entre o <i>burnout</i> e a idade	67
Tabela 11 - Relação entre o <i>burnout</i> e a situação familiar.....	68
Tabela 12 - Relação entre o <i>burnout</i> e as habilitações literárias	68
Tabela 13 - Relação entre o <i>burnout</i> e os hábitos tabágicos	69
Tabela 14 - Relação entre o <i>burnout</i> e a área de intervenção.....	71
Tabela 15 - Relação entre o <i>burnout</i> e a antiguidade no desempenho da função.....	71
Tabela 16 - Relação entre o <i>burnout</i> e as horas de trabalho	72
Tabela 17 - Relação entre o <i>burnout</i> e a atividade profissional.....	72
Tabela 18 - Relação entre o <i>burnout</i> e o tipo de contrato.....	73
Tabela 19 - Relação entre o <i>burnout</i> e as funções de chefia	73
Tabela 20 - Relação entre o <i>burnout</i> e o rendimento familiar.....	74
Tabela 21 - Relação entre o <i>burnout</i> e a qualidade de vida.....	75

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Modelo de <i>burnout</i> de Golembiewski	24
Ilustração 2 – Modelo de fases de <i>burnout</i> de Leiter.....	26

Índice

Introdução	1
Parte I – Enquadramento teórico.....	5
1. Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	5
1.1. Audiologia.....	6
2. O conceito de Stresse relacionado com o trabalho	9
3. Burnout	13
3.1. Desenvolvimento Histórico	13
3.2. O conceito de Burnout.....	16
3.3. Modelos teóricos explicativos do Burnout	19
3.4. Causas do Burnout.....	32
3.5. Fatores de risco de Burnout	33
3.6. Manifestações e Consequências do Burnout.....	36
3.7. Prevenção do Burnout.....	39
3.8. Instrumentos de medida do Burnout	41
3.8.1. Copenhagen Burnout Inventory.....	43
3.9. Burnout em profissionais de saúde	45
Parte II – Estudo Empírico	51
4. Material e Métodos	51
4.1. Tipo de Estudo	51
4.2. População e Amostra.....	52
4.3. Instrumento de colheita de dados	53
4.3.1. Questionário sociodemográfico e profissional.....	54
4.3.2. Copenhagen Burnout Inventory.....	54
4.3.2.1. Validação para a população portuguesa	55
4.3.3. Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF – 12.....	56
4.4. Procedimentos formais e éticos.....	56
4.5. Definição das variáveis e definição das hipóteses	57
4.6. Tratamento de dados	57
5. Resultados	59
5.1. Características sociodemográficas	59
5.2. Características profissionais.....	60

6. Coerência interna	65
7. Burnout e as características sociodemográficas	67
8. Burnout e as características profissionais	71
9. Qualidade de vida	75
10. Discussão	77
11. Conclusões	83
12. Limitações do estudo	87
13. Referências Bibliográficas	89
Anexos	101
Anexo 1	103
Anexo 2	107
Anexo 3	111
Anexo 4	129

INTRODUÇÃO

O trabalho assume uma extrema importância na vida do Homem. Para além de ocupar cerca de 1/3 da sua existência, a atividade profissional constitui um ingrediente essencial na identidade da pessoa. Os problemas de insatisfação e realização, o desinteresse e a desmotivação, a exaustão emocional e física podem conduzir a problemas a nível individual e institucional. Neste último caso, pode ser apontado como exemplo, a diminuição da qualidade dos serviços prestados. A qualidade do atendimento em saúde depende, além de outros fatores, da saúde física e psíquica dos profissionais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o total bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade, assistindo-se atualmente à ampliação deste conceito para incluir o ambiente envolvente atual e futuro, numa perspetiva de sustentabilidade. A saúde é um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos (WHO, 2003; Benevides-Pereira, 2002; Wright, 1997).

Entre 1985 e 1995, os níveis de satisfação profissional dos países europeus desceram consideravelmente, registando-se em muitos deles, subidas significativas de índice de absentismo por doença (Ramos, 2001).

O stresse relacionado com o trabalho é um dos grandes desafios de saúde a enfrentar na Europa, dado que atinge cerca de 22% dos trabalhadores ativos. Entre 50 a 60% dos dias de trabalho perdidos estão relacionados com stresse. Em 2002, o impacto do stresse relacionado com o trabalho na União Europeia (EU) estava estimado em cerca de 20 biliões de euros (Takala e Urrutia, 2009).

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde considera que o stresse excessivo é um dos principais problemas do Mundo. Este fenómeno relacionado com o trabalho é um tema atual, bastante discutido e sujeito a diversas investigações (OMS, 2004).

A intensa interação entre os profissionais de saúde e o seu trabalho pode causar stresse ocupacional que, na sua fase final desencadeia o *burnout*, quando o

profissional sente que os seus recursos para lidar com as exigências estão esgotados, sendo incapaz de lidar eficazmente com os agentes crónicos relacionados com o stresse (Moreno-Jiménes *et al.*, 2006).

Assim, o *burnout* é visto como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pela presença prolongada em situações de elevada exigência emocional no local de trabalho. Estas exigências são geralmente causadas por uma combinação de expectativas muito elevadas e de stresse ocupacional crónico. Instala-se a partir de vivências de stresse no trabalho, quando o indivíduo se confronta com o desfazamento entre as expectativas e as motivações pessoais e profissionais, e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer (Maslach e Jackson, 1981).

O sintoma típico da síndrome de *burnout*, sensação de esgotamento físico e emocional, retrata-se em atitudes negativas, como ausências no trabalho, agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, dificuldade de concentração, lapsos de memória, ansiedade, depressão, pessimismo e baixa autoestima. Por outro lado, dor de cabeça, enxaqueca, cansaço, sudorese, palpitação, tensão alta, dores musculares, insónia, crises de asma, distúrbios gastrointestinais são manifestações físicas que podem estar associadas a esta síndrome (Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez, 2003).

A nível organizacional, os efeitos do *burnout* fazem-se sentir tanto na diminuição da produção como na qualidade do trabalho executado, no aumento do absentismo, na alta rotatividade, no incremento de acidentes de trabalho, na visão negativa da organização denegrindo a imagem desta e, podendo ter como resultado prejuízos financeiros relevantes. Afeta geralmente os profissionais que trabalham em contacto direto com pessoas, sendo predominante nos profissionais da saúde (Benevides-Pereira e Moreno-Jiménez, 2003; Maslach e Jackson, 1981).

No entanto, os estudos portugueses sobre o stresse relacionado com o trabalho em profissionais de saúde não são muito frequentes, apesar de desempenharem uma atividade considerada de alto risco em termos de stresse, nomeadamente os técnicos

de diagnóstico e terapêutica, onde se enquadram os audiologistas (Franco e Tavares, 2009).

Kristensen *et al.* (2005) desenvolveram o questionário *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) sendo uma nova ferramenta de medição de *burnout* composta por três escalas: o *burnout* pessoal; o *burnout* relacionado com o trabalho; e o *burnout* relacionado com o cliente. Este questionário foi traduzido em oito línguas (Inglês, Japonês, Mandarim, Cantonense, Sueco, Finlandês, Francês e Esloveno) e é atualmente utilizado em vários países. Em 2011, o questionário CBI foi traduzido e validado para Português de Portugal (Fonte, 2011).

Segundo Winnwood e Winefield (2004), através de um estudo sobre *burnout* em dentistas, realizou-se a comparação entre a CBI e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e concluiu-se que a CBI possui excelentes propriedades psicométricas e apresenta-se como a medida mais adequada para avaliar o *burnout* entre os profissionais de saúde (Winwood e Winefield, 2004).

O interesse pelo estudo da incidência do *burnout* nos audiologistas prende-se, não só com as manifestações desta síndrome a nível individual mas, sobretudo, com as suas consequências sociais, uma vez que se reflete no seu relacionamento com doentes e colegas e também na satisfação e qualidade do seu desempenho profissional.

É imperioso intervir através da consciencialização dos audiologistas sobre os riscos da sua profissão, auxiliando-os na adoção de estratégias tanto a nível pessoal, como organizacional, capazes de prevenir o *burnout*.

Face ao exposto, o objetivo proposto para esta dissertação é avaliar as dimensões do *burnout*, entre os audiologistas portugueses. Pretendeu-se ainda verificar a associação do *burnout* com algumas variáveis sociodemográficas e indicadores da situação profissional e avaliar o impacto na qualidade de vida destes profissionais.

Para este estudo aplicou-se um questionário, composto por três partes (Questionário Sociodemográfico; *Copenhagen Burnout Inventory*; Questionário Qualidade de Vida – SF12 - v2), a uma amostra de 86 audiologistas portugueses.

A dissertação é composta por duas partes, enquadramento teórico e estudo empírico. Na primeira parte, enquadramento teórico, dividimo-lo em três pontos. No ponto um, apresentamos uma breve introdução sobre técnicos de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente, audiologistas. No ponto dois, são apresentadas bases teóricas relativamente à síndrome de *burnout*, nomeadamente conceitos, desenvolvimento histórico, principais modelos teóricos, causas, manifestações e consequências, prevenção e instrumentos de medição do *burnout*. Sendo por último, no ponto três, é abordado o *burnout* nos profissionais de saúde.

A segunda parte, estudo empírico, é abordada a metodologia, apresentação e análise dos resultados obtidos através do questionário, conclusões e limitações do estudo.

Porque o Homem não é um ser passivo, mas sim complexo e ativo, responsável pelo seu estado de saúde, pelo que a boa gestão de stresse se apresenta como obrigação profissional e pessoal inadiável (Pais-Ribeiro, 2005).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. TÉCNICO DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Para a avaliação do estado de saúde e implementação de medidas adequadas na prevenção, diagnóstico e reabilitação da doença, assim como da promoção da saúde é indispensável um conjunto de saberes e metodologias que compõem as Tecnologias da Saúde, área de atividade fundamental a nível dos cuidados de saúde (Moreira, 2010).

A carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica (TDT) encontra-se regulada pelo Decreto-Lei n.º 384-B/85, de 30 de setembro, e diplomas complementares, inserindo-se nos corpos especiais da saúde instituídos pelo Decreto-Lei nº 184/89, de 2 de junho, enquadrando um conjunto de profissionais titulares de formação especializada de nível superior (Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro).

No desenvolvimento das suas funções, os técnicos de diagnóstico e terapêutica atuam em conformidade com a indicação clínica, pré-diagnóstico, diagnóstico e processo de investigação ou identificação, cabendo-lhes conceber, planear, organizar, aplicar e avaliar o processo de trabalho no âmbito da respetiva profissão, com o objetivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção (Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 384-B/85 de 30 de setembro, o técnico de diagnóstico e terapêutica integra funções de natureza técnica e para efeitos de estruturação dos respetivos quadros de pessoal, insere-se no grupo de pessoal técnico. Atua integrado numa equipa de saúde, enquadrada e sob prescrição médica do respetivo elemento médico ou técnico superior.

1.1. AUDIOLOGIA

A audiolgia refere-se à ciência que estuda a audição e o equilíbrio, bem como as suas alterações físicas, psicológicas e sociais. O audiolgista preocupa-se com o sistema auditivo no que respeita ao seu desenvolvimento, anatomia, fisiologia e patologia. A maior parte do trabalho, em audiolgia, envolve a avaliação da audição e do equilíbrio, bem como o aprimoramento dos procedimentos de avaliação. Além disso, o audiolgista preocupa-se com aspetos psicológicos da deficiência auditiva e com os processos envolvidos na habilitação e reabilitação. O técnico é livre para criar métodos novos e melhores para auxiliar os indivíduos ou grupos a lidar com problemas auditivos centrais e periféricos com maior sucesso. Estes múltiplos interesses tornam a audiolgia uma profissão abrangente na qual o indivíduo é capaz de descobrir um caminho para si (Katz, 1999).

A profissão da audiolgia, ciência e arte, tem como objetivo principal prevenir, identificar, avaliar, diagnosticar e intervir na deficiência auditiva e nos distúrbios do equilíbrio, em crianças, adultos e idosos (Katz *et al.*, 2009).

Segundo o Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de dezembro o técnico de audiolgia é responsável pelo:

“desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção e conservação da audição, do diagnóstico e da reabilitação auditiva, bem como no domínio da funcionalidade vestibular.”

O audiolgista é o profissional de saúde autónomo que se especializa na identificação, avaliação/diagnóstico funcional, tratamento não médico e reabilitação de pessoas com perturbações auditivas e/ou do equilíbrio. O técnico possui um nível académico superior sendo que a sua profissão se insere na carreira de técnicos de diagnóstico e terapêutica, de acordo com o artigo 5 do Decreto-Lei n.º 320/99 de 11 de agosto.

Este profissional possui conhecimentos aprofundados em alterações da deficiência auditiva permanente e temporária na infância, deficiência auditiva no adulto, alterações no equilíbrio, acufenos, deficiência auditiva não orgânica, alterações

específicas do sistema nervoso central e dos princípios subjacentes à sua prevenção, ao seu diagnóstico, à sua reabilitação e ao seu aconselhamento (APtA, 2015).

Exerce as suas funções em variados contextos: estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde públicos e privados; centros de reabilitação auditiva; hospitais e centros de saúde; estabelecimentos industriais; estabelecimentos de ensino; ensino superior e em entidades governamentais (APtA, 2015).

Segundo a Associação Portuguesa de Audiologistas (APtA), a prática em audiologia inclui: identificação, avaliação, diagnóstico, administração e interpretação de resultados dos testes relacionados com as perturbações da audição e do equilíbrio, bem como recomendar o eventual desenvolvimento de um plano de tratamento/reabilitação; referência do indivíduo a outros profissionais, agências ou organizações; realização e interpretação de técnicas psicoacústicas ou comportamentais, fisiológicas ou acústicas e eletrofisiológicas; implementação, coordenação e realização de rastreio neo-natal da deficiência auditiva; criação, implementação e coordenação de programas de prevenção da deficiência auditiva e conservação da audição através de programas de sensibilização e rastreio; colaboração com educadores e outros profissionais, como membros da equipa interdisciplinar, na avaliação dos problemas da comunicação, na adequação de programas educativos individuais e programas individuais de intervenção precoce, acústica de salas e sistemas de amplificação para crianças com perda de audição; integração de equipas inter e transdisciplinares com vista à articulação e coordenação de estratégias de melhoria da saúde do indivíduo; aplicação de técnicas de habituação, adaptação e substituição, para a reabilitação de pessoas com problemas de equilíbrio; avaliação e aplicação de tratamento não médico de acufenos usando *biofeedback*, máscara, ajudas auditivas, educação e aconselhamento; avaliação e intervenção em alterações do processamento auditivo em crianças e adultos; participação no desenvolvimento das normas técnicas e profissionais; avaliação do desempenho do serviço de audiologia, no sentido de verificar a qualidade dos serviços prestados, com vista a otimizar a satisfação dos utentes/clientes.

2. O CONCEITO DE STRESSE RELACIONADO COM O TRABALHO

O termo *stresse* deriva do latim *strictus*, que significa aperto e constrição. Este conceito foi introduzido por Hook no século XVII na Física e reportava às forças exercidas sobre um objeto em que o material, sob a ação dessa pressão, sofreria deformações. Estímulos que exigem adaptações humanas são inerentes à própria vida. Sempre que a pessoa interage com o ambiente físico ou social está sujeita a pressões do meio. O *stresse* é uma das diversas formas de adaptação que permitiu ao Homem resistir e adaptar-se ao mundo (Frasquilho, 2003; Gaspar, 2006; Paice, 1997).

De acordo com a OMS, o *stresse* constitui uma verdadeira epidemia mundial, que “representa elevados custos em termos individuais, familiares, organizacionais, comunitários e sociopolíticos”. É neste contexto que o *stresse* no trabalho é reconhecido e entendido como um dos maiores desafios à saúde dos trabalhadores nos dias de hoje, uma vez que apresenta consequências quer na sua capacidade de produção, quer na competitividade das organizações. Neste sentido, reconhece-se desde já que os trabalhadores que apresentam níveis mais elevados de *stresse* são aqueles que apresentam problemas de maior vulnerabilidade ao aparecimento de doenças, diminuição na produção e qualidade do trabalho, e com a diminuição da motivação estes demonstram sentimentos de insegurança face ao seu trabalho e mesmo face ao seu desempenho (OMS, 2004).

Neste sentido, vários estudos demonstram uma elevada relação entre o *stresse* relacionado com o trabalho e a responsabilidade por pessoas, mais do que por objetos. Muitas vezes esta responsabilidade “ultrapassa” o paciente e envolve os familiares e amigos. De um modo geral, o *stresse* relacionado com o trabalho em profissionais de saúde, assenta em muitos dos fatores do mesmo tipo de outros profissionais de outras áreas, tais como: a sobrecarga ou subcarga de trabalho, a responsabilidade por pessoas, a fraca autonomia de decisão, a existência de conflitos, a ambiguidade ou conflito de papéis, a má comunicação e liderança, o trabalho por turnos, as condições físicas de trabalho, entre outros (Serra, 2011).

O trabalho faz parte da vida do ser humano, dando oportunidade ao mesmo de transformá-la de modo criativo e pessoal, com a finalidade de satisfazer as suas necessidades do dia-a-dia. Segundo a OMS, o stresse relacionado com o trabalho é a reação do indivíduo perante as exigências e pressões do trabalho que não se adequam aos seus conhecimentos e capacidades, colocando à prova a sua capacidade para enfrentar a situação (OMS, 2004).

Assim, o stresse pode ser definido como a “reação do organismo, com componente física e/ ou psicológica, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando uma pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, confunda ou excite, ou mesmo que a faça imensamente feliz”. O *eustress* corresponde ao nível ótimo de estímulos, que desencadeia uma resposta adaptativa caracterizada por vitalidade, lucidez, otimismo, entusiasmo, bem-estar, motivação, vigor físico, boas relações humanas, alta produtividade e criatividade, enquanto o *distress* provoca uma resposta desadaptada, caracterizada por irritabilidade, pessimismo, fadiga, falta de motivação, incapacidade de decidir, pouca concentração, depressão, ineficiência, acidentes e baixa produtividade (Frasquilho, 2005b).

Existem consideráveis instabilidades na resposta dos indivíduos ao stresse. Para uns, a pressão motiva-os, adquirem novas competências e destacam-se na adversidade. Para outros, deprime-os, tornando-os ineficazes e alheios às necessidades dos que estão a seu cargo (Pais-Ribeiro, 2005).

O stresse é uma reação normal do nosso organismo, que nos coloca num estado de alerta e que origina respostas físicas perante um estímulo que foi percecionado como perigoso. Quando o indivíduo perceciona o local de trabalho como perigoso falamos, então, em stresse ocupacional, que surge como resposta da interação entre o trabalhador e as condições de trabalho, especificamente quando as exigências desta relação ultrapassam a capacidade do indivíduo para lidar com elas. Segundo Sacadura-Leite e Sousa-Uva (2007) a experiência de stresse no trabalho está relacionada com a perceção que os trabalhadores têm relativamente à dificuldade em lidar com aspetos da sua situação laboral, que engloba a exposição a fatores de risco de natureza física e

psicossocial, relacionados com as condições de trabalho e também com a própria atividade. A experiência de stresse está habitualmente acompanhada de tentativas para lidar com o problema subjacente e por alterações cognitivas, comportamentais e da função fisiológica. Essas alterações são muitas vezes adaptativas a curto prazo, mas a longo prazo podem causar efeitos negativos na saúde do trabalhador (Sacadura-Leite e Sousa-Uva, 2007; Peixoto e Silva, 2000).

Stresse ocupacional e *burnout* são conceitos muito próximos e de difícil diferenciação. O stresse ocupacional é um termo geral que se refere a um processo de adaptação temporária que é acompanhado por sintomas físicos e mentais, enquanto o *burnout* pode ser considerado como a fase final do fracasso dessa adaptação, que é resultante de um desequilíbrio prolongado entre as exigências e os recursos (Schaufeli *et al.*, 2002).

Outra distinção entre stresse e *burnout*, deve-se ao fato do stresse se fazer acompanhar de níveis de cortisol no sangue acima do normal (hormona do stresse), a isto pode-se associar a capacidade de adaptação, que é frequente nos primeiros anos de vida e que se prolonga no tempo, tornando-se crónica e propensa ao desencadeamento de doenças (cardiovasculares, depressão). Por outro lado, o *burnout* faz-se acompanhar de níveis de cortisol abaixo do normal e associa-se ao esforço prolongado em condições disfuncionais que levam ao desgaste e se é forçado a parar, pelo estado de exaustão, indiferença e sentimento de fracasso (Soares, 2015).

Os níveis de *distress* em todos os profissionais de saúde têm aumentado nas últimas décadas. Isto acarreta custos pessoais para os próprios, custos diretos e indiretos para as organizações e custos de saúde para os utentes, já que está bem determinada a relação entre a menor qualidade dos cuidados e o grau de insatisfação e mal-estar dos profissionais (Firth-Cozens e Payne, 1999).

3. BURNOUT

Burnout consiste em uma expressão inglesa para designar o que deixou de funcionar por exaustão de energia. O *burnout* representa um processo a nível psicológico com impacto significativo no dia-a-dia pessoal e profissional dos indivíduos, resultante da resposta a agentes de stresse crónicos, emocionais e interpessoais envolvidos no ambiente ocupacional.

A síndrome de *burnout* tem sido estudada em muitas profissões. No entanto, a prevalência mais elevada foi encontrada em profissões que envolvem lidar diretamente com pessoas, nomeadamente, a classe dos profissionais de saúde, por esta solicitar um alto nível de exigências emocionais.

3.1. DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO

A evolução do conceito de *burnout* tem sido efetuada de forma gradual, constituída por diversas fases e etapas. Inicialmente, um conjunto de comportamentos e sintomas, embora ainda não fossem oficialmente classificados como síndrome de *burnout*, despertaram o interesse da comunidade científica (Amaro, 2010).

O termo *burnout* deriva da conjugação *burn* (queima) e *out* (exterior), sugerindo um desgaste físico, emocional e mental causado pelo desajuste entre o indivíduo e o seu ambiente (Costa, 2009).

Em 1922, Thomas Mann publicou “*Bruddenbrooks*”, um livro que descreve algumas características relativas à síndrome de *burnout*, tais como a fadiga extrema, a perda de idealismo e a falta de energia no trabalho. No ano de 1953, um artigo publicado por Schwartz e Will, descreve um estudo de caso relativo a uma enfermeira do serviço de psiquiatria, que apresentava um quadro compatível com *burnout*, tratando-se do primeiro exemplo oficial identificado (Schaufeli *et al.*, 1993).

Somente após a segunda Guerra Mundial, esta síndrome captou a atenção dos investigadores nos serviços sociais americanos. Nesta fase do desenvolvimento, o

significado da palavra *burnout* variava significativamente de artigo para artigo e de investigador para investigador, fazendo com que se associasse a palavra e sua designação a diferentes fenómenos, enquanto o conceito era exagerado e expandido, fazendo com que um problema pessoal fosse imediatamente associado ao termo (Parreira, 1998; Maslach e Schaufeli, 1993)

Do ponto de vista científico, o conceito de *burnout* surgiu pela primeira vez nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 70, introduzido por um médico psiquiatra, Freudenberger, em 1974, e em 1976, por Maslach, investigadora na área da Psicologia Social, para explicar o processo de deterioração nos cuidados e atenção profissional aos utentes das organizações que prestam serviços (Gil-Monte, 2003; Maslach e Jackson, 1977; Freudenberger, 1974).

O conceito de *burnout* sobressaiu como um problema social, fortemente associado às profissões de trabalho com pessoas, e não como um construto académico. As duas perspectivas iniciais do *burnout* coexistiram e desenvolveram-se independentemente. Freudenberger centrou-se nos fatores pessoais, preocupando-se com a avaliação, prevenção e tratamento. Por outro lado, Maslach dedicou-se à investigação social e à teoria, centrando-se no ambiente profissional (Serra, 2011; Maslach e Leiter, 1999).

Segundo Perlman *et al.*, em 1982, o interesse pelo *burnout* cresceu devido a três fatores: em primeiro lugar às modificações introduzidas no conceito de saúde com destaque à melhoria da qualidade de vida pela OMS. O segundo foi o aumento das exigências da população relativamente aos serviços sociais, educativos e de saúde. Por fim, o terceiro foi a tomada de consciência por parte dos investigadores, dos órgãos públicos e dos serviços clínicos, da necessidade de aprofundar estudos e prevenir a sintomatologia (In Carlotto e Câmara, 2008).

Herbert Freudenberger (psicanalista norte-americano), em 1974, reparou que alguns dos voluntários com quem trabalhava apresentavam uma perda emocional gradual, assim como uma perda de motivação e empenho, que se faziam acompanhar de um quadro sintomatológico a nível físico e psicológico, que resultava num estado de exaustão a nível geral. Assim, para classificar este fenómeno, Freudenberger utilizou a

terminologia habitualmente utilizada pelos investigadores para classificarem o efeito crónico progressivo do consumo de álcool e drogas, o *burnout* (Queirós, 2005).

A investigadora na área da Psicologia Social, Maslach, em 1976 começou a investigar a forma como as pessoas com empregos emocionalmente exigentes lidam com o trabalho diário. Segundo Maslach e Schaufeli (1993) o *burnout* afeta principalmente profissões de ajuda, onde a matéria-prima do trabalho são as pessoas (Maslach e Schaufeli, 1993).

Em 1999, Freitas definiu *burnout* como uma metáfora utilizada para classificar os fenómenos de exaustão física e mental verificada em profissionais de diversas áreas, fazendo o autor uma analogia entre a descrição inerente ao conceito e uma bateria descarregada ou uma vela que lentamente se apaga (Freitas, 1999).

O desenvolvimento do *burnout* obedece a duas fases particularmente importantes. A primeira fase, a fase pioneira de tipo naturalista é mais descritiva e qualitativa, com recurso a entrevistas, estudos de caso e observações experimentais. Inicialmente, o *burnout* era visto como uma patologia que parecia afetar particularmente aqueles cuja atividade profissional consistia em relacionar-se direta e de forma permanente com outros indivíduos, originando uma fadiga profissional (Queirós, 2005; Castro *et al.*, 2004; Maslach *et al.*, 2001).

A segunda fase do desenvolvimento ocorreu após 1980, uma fase mais empírica, tornando-se mais sistemática e de natureza quantitativa em que predominaram estudos científicos com percentagens amostrais mais elevadas, tendo isso contribuído para a elaboração de diferentes instrumentos de medida que permitiram avaliar de forma mais rigorosa o fenómeno em causa. Neste período, surge o MBI como instrumento de medida de *burnout* (Maslach *et al.*, 1981). Esta escala apresentou propriedades e características psicométricas muito fortes e continua a ser utilizada a nível mundial (Castro *et al.*, 2004; Maslach *et al.*, 1996; Maslach *et al.*, 1981).

Mais tarde, Kristensen *et al.* (2005) pesquisaram abordagens mais orientadas para as teorias de *burnout*, desenvolvendo um novo instrumento de avaliação dos níveis de *burnout*: o questionário *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI).

Como se verificou que afetava principalmente profissões que envolvem o trabalho interpessoal, o *burnout* foi inicialmente estudado nas profissões de ensino e de saúde (Raggio e Malacarne, 2007).

3.2. O CONCEITO DE BURNOUT

O *burnout* instala-se a partir de vivências de stresse no trabalho, quando o indivíduo se confronta com o desfasamento entre as expectativas e motivações pessoais e profissionais, e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer. Para tentar contornar a dificuldade de adaptação ao trabalho, o indivíduo pode aumentar o seu investimento até à sobrecarga, podendo assim aparecer o *burnout*, que pode provocar distanciamento emocional (Maslach, 2003; Queirós, 1997).

Para Freudenberg, em 1974, o termo *burnout* consistia na expressão mais adequada para definir uma situação que se manifesta nos indivíduos através de uma crise de identidade, em termos físicos, psíquicos e relacionais, fazendo com que o indivíduo coloque em causa as suas próprias características. O mesmo, em 1975, contempla um conjunto de sintomas médico-biológicos e psicossociais não específicos no indivíduo, resultante de uma exigência excessiva de concentração e atenção no trabalho, verificando-se este fenómeno nos indivíduos que possuem profissões que envolvam relações de ajuda. Ainda segundo este autor, pode-se acrescentar que é um conjunto que resulta de um estado de fadiga ou frustração pessoal resultante da não obtenção dos objetivos inicialmente propostos, em que o estado de fadiga ou frustração pessoal leva a que o indivíduo se deixe envolver, traduzindo-se em alterações emocionais significativas, sentimentos de vazio e fracasso pessoal, ou, numa total incapacidade para desenvolver as suas funções profissionais (Queirós, 2005; Schaufeli e Enzmn, 1998; Freudenberg, 1974).

Maslach, *et al.* definiram *burnout* como um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento prolongado a situações de elevada exigência emocional no local de trabalho. Estas exigências são geralmente causadas por combinação de expectativas muito elevadas e de stress ocupacional crónico (Maslach e Jackson, 1981).

Numa revisão de 25 anos de estudo sobre a síndrome de *burnout*, a definição defendida por Schaufeli *et al.* é considerada a mais concisa, e também a que engloba as características do estado e do processo de *burnout*. Os autores definiram esta síndrome como um estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que ocorre em indivíduos considerados normais e que se caracteriza essencialmente pela exaustão, sofrimento, reduzida motivação e eficácia, e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho (Schaufeli *et al.*, 2002; Schaufeli e Enzmn, 1998).

É importante ressaltar que o conceito de *burnout* não é universal para todos os profissionais, um pré-requisito inicial é a alta motivação. Até chegarmos ao *burnout* ter-se-à de percorrer 4 fases (Frasquilho, 2005b):

- Fase de lua-de-mel/Idealismo – no início da atividade, o trabalho é percebido como perfeito, exigente, mas apaixonante. O profissional está entusiasmado, com alta produtividade e cooperação interpessoal. Estamos na fase positiva do *eustress*.
- Fase do despertar/Insatisfação – perante o somatório de altas expectativas respondidas insatisfatoriamente, face ao que se dá à profissão e o respetivo retorno, surge a desilusão, a insatisfação e o ressentimento. Tipicamente, o profissional, dedica-se mais à profissão. Tornam-se evidentes a fadiga física e mental, o tédio, o pessimismo e a desmotivação.
- Fase de chamuscado/*brownout*/Alheamento – o entusiasmo inicial e a persistência dão lugar à fadiga crónica. Um conjunto de sintomas físicos, emocionais e relacionais de sofrimento, dificulta a realização do trabalho. Surge o isolamento, a fuga a contactos interprofissionais, a irritabilidade, o criticismo

fácil, o conflito, o negativismo, o *distress*, com sintomas ansiosos e depressivos, e também a vulnerabilidade a doenças somáticas.

- Fase de calcinação/*burnout*/Exaustão – a característica principal é o desespero. Surgem sentimentos de vazio, de que nada poderá ser feito para alterar aquela situação e que ninguém poderá ajudar. A depressão torna-se patente. O suicídio, AVC e coronariopatias são potenciais riscos neste estágio final, que começa com otimismo e paixão.

São, pois, três as dimensões que constituem o *burnout*. Estas dimensões estão relacionadas, embora sejam independentes o que leva o sujeito a: exibir esgotamento físico e/ou psicológico, caracterizado por cansaço emocional e um sentimento de que não pode dar mais de si; desenvolver atitudes frias e despersonalizadas contra os clientes/utentes e colegas, mostrando cinismo, distanciamento e com tendência a culpar os outros pelos seus problemas; experienciar um sentimento de incompetência, inadequação pessoal e profissional que surge quando as exigências ultrapassam as capacidades (Monte e Schaufeli, 1991).

Segundo Maslach, a exaustão emocional faz-se acompanhar de um esgotamento físico, que consiste no sentimento de esgotamento emocional, caracterizado pela falta de energia e entusiasmo. A estes sentimentos acresce a frustração e a tensão. A despersonalização ou cinismo ocorre quando o profissional passa a tratar os clientes, os colegas e a organização com distanciamento e de forma impessoal. Esta situação verifica-se essencialmente nos profissionais de saúde. A diminuição de realização pessoal caracteriza-se pelo sentimento de inadequação pessoal e profissional ao local de trabalho, que se manifesta por um sentimento de incapacidade de dar resposta face ao que lhe é exigido. A síndrome é crónica e desenvolve-se gradualmente, sendo que das três dimensões mencionadas, as duas primeiras são consideradas as que melhor caracterizam o *burnout* (Maslach e Jackson, 1981).

Em 1989, Shirom (citado por Kristensen *et al.*, 2005) comprovou que a fadiga e a exaustão devem ser consideradas como elementos centrais do conceito de *burnout*, referindo-se a uma combinação de cansaço físico, exaustão cognitiva e emocional.

Kristensen *et al.* (2005) salientam que o *burnout* não é apenas cansaço ou exaustão. Para um melhor entendimento deste conceito, a característica adicional mais importante é a atribuição da fadiga e da exaustão para domínios específicos ou para as esferas da vida pessoal. O trabalho é um domínio, sendo o trabalho com o cliente um domínio mais específico.

Revela-se essencial desenvolver esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, que desgastam ou excedem os recursos do indivíduo, o denominado *coping*. Segundo o Internacional Council of Nurses (ICN) na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o *burnout* é definido como “processo de *coping* com as características específicas: depleção de energia devida a períodos longos de stresse crónico e não aliviado, falta de apoio, falta de relações respeitadas, pressão externa, conflitos entre as realidades e as expectativas”. Em 2010, esta definição foi reformulada, mantendo-se *burnout* como “processo de *coping* comprometido: depleção de energia devido a stresse não aliviado, falta de apoio e de relações, conflitos entre as expectativas e a realidade” (ICN, 2010; Lazarus & Folkman, 1984).

3.3. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DO BURNOUT

A abordagem efetuada anteriormente permitiu-nos verificar a existência de diferentes conceitos relacionados com a síndrome do *burnout*. Diversos autores têm estudado o desenvolvimento do processo e as manifestações inerentes à síndrome, facilitando desta forma a formulação de modelos conceptuais que têm como objetivo explicar o conceito de forma mais explícita, no sentido de permitir, não só uma identificação precoce em indivíduos que dele padecem, mas de igual forma compreender todo o mecanismo próprio, facilitando a sua recuperação física e psicológica promovendo o seu bem-estar. Assim, neste ponto serão abordados alguns dos principais modelos explicativos do *burnout* (quadro um) (Queirós, 2005).

Quadro 1 - Modelos explicativos do *burnout*

Denominação	Ano
Modelo de House & Wells	1978
Modelo do processo de <i>burnout</i> de Cherniss	1978
Modelo progressivo de Edelwich e Brodsky	1980
Modelo de Meier	1983
Modelo de Golembiewski	1986
Modelo de fases de <i>burnout</i> de Leiter	1988
Modelo existencial de Pines	1993
Modelo geral explicativo de <i>burnout</i>	1996
Modelo explicativo de exaustão no trabalho	1997
Modelo de Gil-Monte, Peiró & Valcárcel	1998
Modelo de sistema interactivo de <i>burnout</i>	2002

MODELO DE HOUSE & WELLS

O presente modelo foi proposto por House e Wells, em 1978, para identificar variáveis individuais e organizacionais que poderiam estar relacionadas com o *burnout*. Este modelo reconhece a natureza multidimensional do *burnout*, verificada pelos estudos desenvolvidos pelos investigadores (Pinteus, 2001).

Para House e Wells, as três dimensões do *burnout* refletem-se em três categorias de stress, cujos sintomas podem ser fisiológicos (sintomas físicos relacionados com a exaustão física); afeto-cognitivos (atitudes e sentimentos relacionados com a exaustão emocional e despersonalização) e comportamentais (despersonalização e diminuição da produtividade no local de trabalho) (Queirós, 2005; Parreira, 1998).

As características individuais e do meio envolvente são importantes para a receção e impacto do *burnout*, que por sua vez é mediado pelo fato do sujeito lidar eficazmente ou não com a situação. Os autores consideram que a instalação da síndrome de *burnout* se divide em quatro fases (Oliveira, 2008).

- Fase I – Designa o grau no qual a situação conduz ao estado de stress. Distingue duas circunstâncias que podem levar ao stress: as competências do indivíduo podem não ser suficientes para responder às exigências da

organização; ou o trabalho realizado pelo sujeito não corresponder às expectativas. Assim, existirá stresse quando existe uma habilidade inadequada ou discrepância entre o sujeito e o meio de trabalho.

- Fase II – Percepção do stresse. Muitos indivíduos não apresentavam vulnerabilidade às causas referenciadas na primeira fase. A passagem da primeira para a segunda fase está dependente do passado, da personalidade individual e das variáveis organizacionais.
- Fase III - Resposta ao stresse.
- Fase IV – Resultados do stresse. Refere-se ao *burnout* enquanto experiência multifacetada do stresse emocional crónico.

MODELO DO PROCESSO DE BURNOUT DE CHERNISS

Em 1980, Cherniss propôs um modelo que considera o *burnout* como um processo psicológico, composto por diferentes estados sucessivos que ocorrem no tempo e representa uma estratégia de *coping* face às fontes de stresse. Este modelo baseia-se num estudo longitudinal, com duração de dois anos, que caracterizou vinte e oito profissionais de quatro áreas propensas ao *burnout* (saúde mental, enfermagem, ensino e direito), no qual o autor propõe que determinadas características do ambiente laboral interagem com as características do indivíduo, assim como com as suas expectativas, provocando grande stresse. A sua investigação, verificou que a maioria dos profissionais jovens apresentavam desilusão por não atingirem os seus objetivos (Schaufeli & Enzmnn, 1998; Cherniss, 1980).

O autor descreve a evolução do *burnout* em três fases: desequilíbrio entre a procura e os recursos; tensão psicológica e mudanças comportamentais. O seu modelo assenta em várias fontes de stresse, que provêm do trabalho e da própria pessoa. Como fontes de stresse, identificou cinco: dúvidas sobre a competência; clientes difíceis; burocracia; falta de estimulação; falta de ajuda entre colegas de trabalho (Schaufeli & Enzmnn, 1998).

Neste modelo, são identificados oito fatores críticos que produzem stresse e levam ao *burnout*: orientação pobre; sobrecarga de trabalho; rotina; diminuição da autonomia; supervisão pobre; isolamento social; objetivos organizacionais incongruentes; fraca relação com o cliente (Schaufeli & Enzmnn, 1998).

Segundo, Cherniss, o stresse pode ser enfrentado de duas maneiras distintas: utilizando estratégias para resolução de problemas (recurso positivo) e outra seria a mudança de atitudes e comportamentos negativos, incluindo o cinismo para com os utentes e afastamento emocional, o que origina o *burnout* (recurso negativo) (Richardsen e Burke, 1995; Cherniss, 1992).

MODELO DE EDELWICH E BRODSKY

Edelwich e Brodsky, em 1980, sugerem um modelo de *burnout*, progressivo baseado em quatro etapas:

- Etapa I – *Idealismo ou Entusiasmo* - realiza o trabalho com satisfação e cheio de energia; caracteriza-se por um idealismo entusiástico, elevadas esperanças e expectativas irreais.
- Etapa II - *Estagnação* - As expectativas reduzem, começa a perder o entusiasmo e o trabalho realiza-se de uma forma mecanizada e em série, fazendo-se acompanhar, por vezes, de fadiga intensa, queixas psicossomáticas, irritabilidade e problemas de atenção.
- Etapa III - *Frustração* – Pode ser considerada como o núcleo central do *burnout*, marcada por um forte sentimento de impotência e de culpabilidade. As expectativas perdem-se e surgem as atitudes negativas e os conflitos muito pelo fato de haver pouco suporte organizacional, devido à remuneração não correspondem às expectativas.
- Etapa IV - *Apatia* - O profissional afasta-se do trabalho, tanto física como mentalmente. Surge o absentismo, deixa de se relacionar socialmente com os outros e surgem atitudes de cinismo, afastamento emocional. Esta fase corresponde, assim, à desmoralização (Schaufeli e Enzmnn, 1998).

A progressão deste modelo não é linear, processa-se de forma cíclica, podendo repetir-se várias vezes no tempo. Deste modo, um indivíduo pode completar o ciclo em épocas diferentes, no mesmo ou em diferentes ambientes laborais (Pinteus, 2001).

MODELO DE MEIER

O modelo proposto por Meier, em 1984, é baseado no modelo desenvolvido por Bandura (1977) em que o *burnout* é « (...) um estado em que os indivíduos esperam pouca recompensa e punição considerável no trabalho por causa de uma falha de reforço positivo, resultados controláveis ou competência pessoal.» (Meier, 1983 *In* Queirós, 2005).

Assim, o *burnout* resulta de experiências de trabalho repetidas, nas quais o sujeito possui:

- Expectativas diminuídas face a reforços positivos e expectativas elevadas sobre a presença de punições no ambiente laboral;
- Expectativas diminuídas face ao controlo das diferentes formas de reforço;
- Expectativas diminuídas da competência pessoal face ao desempenho de comportamentos que visam o controlo do reforço.

Deste modo, segundo afirma Parreira, sujeitos com expectativas baixas tendem a apresentar sentimentos negativos, como a ansiedade e o medo, adotando comportamentos improdutivos, evitando o trabalho e apresentando pouca persistência, o que se traduz em baixa *performance*. Ou seja, um indivíduo que de qualquer forma interioriza o sentimento de que não tem competência para realizar uma certa tarefa, tem maior probabilidade de entrar em *burnout* (Parreira, 1998).

Neste modelo, as causas do *burnout* não residem apenas no indivíduo ou no meio, mas sim no resultado de uma função de influências quer ambientais, quer individuais (Pinteus, 2001).

MODELO DE GOLEMBIEWSKI

Golembiewski, em 1986, e Leiter, em 1988, sugeriram dois modelos de *burnout* baseados no *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach, *et al.* (1981), mas com algumas diferenças, o que deu lugar a algumas controvérsias (Golembiewski, 1986).

Em 1986, Golembiewski na tentativa de direcionar o seu modelo para indivíduos que não lidavam diretamente com pessoas, ou seja, que não se enquadravam nas profissões ditas de ajuda, elaborou um modelo constituído por oito fases evolutivas para o surgimento do *burnout* (Parreira, 1998).

De acordo com Mirvis, as fases que classificam o grau de severidade do *burnout* agrupam-se em três grupos: as fases I, II e III refletem baixo *burnout*; as fases IV e V apresentam um nível intermédio de e as fases finais, VI, VII e VIII indicam um valor de *burnout* elevado. Estas fases são classificadas como alto (A) e baixo (B) (Queirós, 2005).

O autor considera as pontuações das três subescalas do MBI (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), sendo a despersonalização a primeira etapa e a menos grave. Níveis elevados na despersonalização podem ter efeitos negativos na realização pessoal e o aumento dos sintomas anteriores podem desenvolver níveis elevados de esgotamento emocional (Pinteus, 2001).

Ilustração 1 - Modelo de *burnout* de Golembiewski

Subescala	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalização	B	A	B	A	B	A	B	A
Realização Pessoal	B	B	A	A	B	B	A	A
Exaustão Emocional	B	B	B	B	A	A	A	A

Nota: B = Baixo; A = Alto

A fiabilidade das fases indicadas é alta e os resultados obtidos em mais de doze amostras diferentes, por diversos autores, utilizando cerca de duzentas variáveis, tem demonstrado correlações significativas o que demonstra existir uma elevada validade externa.

Contudo, este modelo tem sido sujeito a várias críticas, quer por investigadores que o utilizam nos seus estudos, quer pelos próprios autores. A existência de uma progressividade das fases quanto aos níveis, podendo no entanto um sujeito não passar através de todas as fases. O modelo apresenta o *burnout* em duas perspetivas: crónica, em que o indivíduo progride da primeira fase até à oitava, e aguda, passagens descontinuadas entre as diversas fases. Quer se trate de uma situação crónica ou aguda, o autor acrescenta que o modelo conceptual proposto não determina de que forma é que o indivíduo recupera da última fase (oitava fase) (Garcia, 1990; Golembiewski, 1986).

MODELO DE FASES DE BURNOUT DE LEITER

Em 1988, Leiter através da análise do MBI, refere que os profissionais que experimentam sentimentos de exaustão emocional no local de trabalho, reagem através da despersonalização consequente das relações interpessoais com doentes e colegas. Os profissionais perdem assim, o compromisso emocional que mantinham na sua relação laboral, produzindo-se uma avaliação negativa face à sua realização pessoal, que conduz ao *burnout* (Richardsen e Burke, 1995).

No modelo de Leiter, a exaustão emocional ocupa uma posição central, pois está associada a níveis elevados de despersonalização e baixos de realização pessoal. A despersonalização é vista como o resultado ineficaz dos indivíduos para lidarem com os sentimentos de exaustão emocional, refere o autor que se porventura a despersonalização fosse uma estratégia adequada teria sido verificada uma correlação positiva entre esta medida e realização pessoal, o que com base nos estudos realizados não se verificou (Queirós, 2005; Gil-Monte, 2003; Garcia, 1990).

Na sua análise, Leiter utiliza a amplitude total das três subescalas do MBI, sem dicotomizar, assim como a regressão múltipla, admitindo quatro fases possíveis para o modelo.

Ilustração 2 – Modelo de fases de *burnout* de Leiter

	Fases			
	I	II	III	IV
Exaustão Emocional	B	B	A	A
Despersonalização	B	A	B	A
Realização Pessoal	B	B	B	A

Nota: B = Baixo; A = Alto

Apesar de algumas críticas de Golembiewski, segundo Leiter, embora este modelo seja composto apenas por quatro fases, permite uma análise que assegura toda a riqueza do MBI (Pinteus, 2001).

MODELO EXISTENCIAL DE PINES

Em 1993, Pines defende que a principal causa de *burnout* é a necessidade de acreditar que a vida tem sentido, que as coisas que fazemos e, conseqüentemente, nós próprios somos úteis e importantes. Assim, quando a pessoa tenta encontrar um sentido para a vida e sente que falhou entra em *burnout*. Para Pines, a característica que diferencia o *burnout* de outros conceitos, como o stresse no trabalho, alienação, fadiga, depressão e crise existencial, é que aquele é sempre o resultado de um processo gradual de desilusão na busca de um significado existencial através do trabalho (Pines, 1993).

O autor, ao estudar o *burnout*, verificou que os indivíduos atribuíam frequentemente elevado significado às expectativas e, partindo deste pressuposto, propõe o modelo existencial de *burnout*. O modelo existencial é, também, motivacional uma vez que para se ficar em *burnout* é preciso ter existido previamente algum tipo de motivação. Postula-se que quem não está motivado não ficará em *burnout* (Pines, 1993).

De acordo com este modelo, Pines esclarece o processo de desenvolvimento da síndrome de *burnout*, pode ser exposto da seguinte forma: no ponto de partida há objetivos e expectativas pessoais que se incluem em expectativas de grupos

específicos e no universo profissional e que expressam a busca de um significado existencial do trabalho para o conjunto da vida do indivíduo. Em seguida, o confronto do indivíduo com uma realidade stressante caracterizada pela presença de características negativas (alta sobrecarga, interferências burocráticas que geram ambiguidade e conflito de papéis) e pela ausência de características positivas (falta de suporte de colegas, supervisores e falta de autonomia). Desse confronto, do indivíduo portador de um trabalho existencialmente significativo para si com uma realidade organizacional marcada por fatores stressantes, resulta com que os objetivos e expectativas perseguidos não são alcançados e a experiência de fracasso do significado existencial do trabalho acontece. Desse fracasso, portanto, é que resulta a diminuição da realização pessoal, a despersonalização e o esgotamento das energias para enfrentar as situações stressantes de trabalho (Pines, 1993).

De acordo com este modelo, os indivíduos altamente motivados começam a trabalhar com altos objetivos e com expectativas elevadas acerca daquilo que o trabalho lhes pode proporcionar. Algumas destas motivações relacionadas com o emprego são universais e partilhadas por uma grande maioria das pessoas quando começam a trabalhar, outras são específicas da profissão e partilhadas pela classe profissional, enquanto outras são pessoais e únicas daquele indivíduo. Quando as exigências se conjugam com a motivação profissional em ambientes laborais onde exista elevado suporte, verifica-se um reforço da motivação que conduz ao sucesso e uma existência que os indivíduos percebem como significativa. Porém, quando isto não se verifica e existe um ambiente laboral stressante, os indivíduos não atingem os seus objetivos, desenvolvendo sentimentos de insucesso profissional, que por sua vez conduz ao *burnout*. Uma vez em *burnout*, a motivação do indivíduo para o trabalho reduz-se. Com o tempo e com o aumento do nível de *burnout* esses indivíduos podem desistir mas continuarem no emprego porque não têm outra perspectiva, abandonarem o emprego ou regressar à escola numa tentativa de subir para um nível onde estejam a salvo do trabalho emocionalmente exigente (Pines, 2000).

Em estudos realizados pelo autor deste modelo, foram estudados 1827 indivíduos divididos por seis amostras, verificou-se a existência de uma correlação negativa entre

o *burnout* e a autonomia, a eficácia, o suporte social e o feedback, enquanto em outro estudo, verificou-se existir uma correlação negativa entre o fenómeno em causa e a sobrecarga de trabalho, sobrecarga social, pressão burocrática e acumulação de decisões (Pacheco, 2005).

Apesar de proporcionar avanços em relação aos modelos anteriores, ao demonstrar que o fracasso psicológico ocorrido no trabalho somente pode desenvolver *burnout* por estar implicado com um fracasso do significado existencial do trabalho no conjunto da existência individual, Pines refere que se o indivíduo não estiver motivado com a sua atividade profissional poderá eventualmente apresentar sintomatologia compatível com fenómenos de ansiedade, depressão, fadiga ou stresse mas nunca *burnout*. Consequentemente, o *burnout* verifica-se apenas em indivíduos que apresentam motivação e expectativas elevadas relativamente à sua atividade profissional e que depois não atingem os seus objetivos (Amaro, 2010).

MODELO GERAL EXPLICATIVO DE BURNOUT

Este modelo, proposto por Maslach, Jackson e Leiter, surgiu de exigências relacionadas com o conflito pessoal e a sobrecarga de trabalho, juntamente com a diminuição de controlo do suporte social, da autonomia, da perícia e do envolvimento em tomadas de decisão. Estas variáveis são responsáveis pelo surgimento da exaustão, cinismo, e redução na eficácia profissional, culminando na diminuição do empenho perante a organização, no incremento do absentismo, no *turnover* e na doença física (Maslach *et al.*, 1996).

Trata-se de um modelo multidimensional, em que o conceito de *burnout* foi definido como a experiência individual do stresse, inserida num contexto de relações sociais e envolvendo, portanto, a conceção que o indivíduo tem de si mesmo e dos outros. É definido através das suas três componentes: a exaustão emocional, o "cinismo" ou despersonalização e a ineficácia ou sensação de diminuição no desempenho pessoal (Maslach e Goldberg, 1988).

A *exaustão emocional* relaciona-se com as sensações de inadequação e de esgotamento dos recursos emocionais e físicos do indivíduo. O trabalhador sente-se emocionalmente esgotado, sem qualquer fonte onde se reabastecer, sem energia para ajudar outra pessoa que necessite de ajuda ou para enfrentar mais um dia de trabalho. Esta componente representa a dimensão individual básica do *burnout*.

A *despersonalização* ou “*cinismo*” corresponde à atitude negativa de reação ao trabalho excessivamente indiferente ou hostil, muitas vezes com perda de idealismo. É inicialmente uma resposta defensiva à sobrecarga que resulta da exaustão emocional, considerada uma espécie de amortecedor emocional, de “*envolvimento indiferente*” que pode eventualmente transformar-se em desumanização. A componente “*cinismo*” representa a dimensão interpessoal do *burnout*.

A *redução de realização pessoal* ou *ineficácia* relaciona-se com o declínio dos sentimentos de competência e de produtividade no trabalho. O indivíduo experimenta um crescente sentimento de inadequação relativamente à sua capacidade de executar bem o trabalho, com incapacidade de adaptação e diminuição da autoestima. Este sentimento pode induzir a uma auto recriminação, dada a incapacidade sentida de realização no trabalho. Esta componente representa a dimensão de autoavaliação do *burnout*.

As três componentes da síndrome de *burnout*, surgiram de estudos sobre o *burnout*, os quais utilizaram como instrumentos questionários e entrevistas dirigidos a diferentes profissionais que interagem com pessoas no desempenho das funções profissionais. Os estudos relativos ao fenómeno de *burnout*, foram inicialmente descritivos, seguindo-se uma etapa de investigação sistematicamente empírica. Esta última etapa da investigação sobre *burnout*, contribuiu para identificar os fatores presentes no local de trabalho que melhor predizem a síndrome de *burnout*. Estes autores também afirmam que são mais importantes os fatores atrás mencionados do que os que se relacionam com a área pessoal (diminuição do controlo, do *coping*, do suporte social, das capacidades, da autonomia e do envolvimento na tomada de decisão). Explicam a síndrome de *burnout* da seguinte forma: primeiro ocorre a

exaustão emocional, seguindo-se a despersonalização, enquanto a redução da realização pessoal se desenvolve separadamente. A síndrome tem como consequências: diminuição do compromisso com a organização, elevada rotatividade, absentismo e consequências físicas (Maslach e Goldberg, 1988).

Este modelo multidimensional do *burnout* apresenta importantes implicações teórico-práticas. Permite uma ampla compreensão deste tipo de stresse no trabalho, através da identificação de várias reações psicológicas que podem ser vividas por diferentes trabalhadores, num dado contexto social.

A primeira fase de investigação empírica de Maslach e colaboradores centrou-se na avaliação de *burnout*. O instrumento que desenvolveram foi o *Maslach Burnout Inventory*. A inter-relação entre as três componentes definidas foi objeto de subsequentes teorizações e investigações.

No centro deste modelo encontram-se as três componentes do *burnout*: exaustão, cinismo (despersonalização) e eficácia pessoal. A exaustão relaciona-se fortemente com o cinismo, sendo o aspeto mais seguro deste modelo. A sobrecarga de trabalho não tem um impacto direto no cinismo mas sim na exaustão. A organização possui diversos aspetos que podem influenciar o agravamento da exaustão emocional e/ou reduzir a eficácia. O sentimento de eficácia não é mediado pela exaustão, embora o contrário se possa verificar (Queirós, 2005).

Segundo este modelo, o trabalho nem sempre constitui um meio de mudança no sentido de diminuir a eficácia (Maslach e Leiter, 1997).

MODELO EXPLICATIVO DE EXAUSTÃO NO TRABALHO

Em 1997, Wisniewski e Gargiulo, propõem um modelo que pressupõe uma variável mediadora, a tensão, entre os stressores situacionais e o desempenho profissional. Esta variável é descrita como resultante de uma exposição de períodos prolongados e frequentes de tensão (Landeiro, 2011).

A complexidade da tarefa encontra-se na base da exaustão emocional. Assim, tem relevância nas profissões de ajuda a especificidade das tarefas para a criação da, “fadiga da compaixão”, condição de exaustão emocional. Esta é moderada por agentes stressores individuais e institucionais. Na especificidade da tarefa, encontra-se o trabalho significativo no contexto de uma relação de ajuda, a discrepância entre pedidos e os recursos, a problemática da morte, e o grande número de insucessos (Landeiro, 2011).

Nos indicadores de stress individual são identificados as grandes expectativas individuais e institucionais, o envolvimento no trabalho, centros de interesse na vida e também a idade. Quanto aos stressores institucionais identificam-se a sobrecarga quantitativa de trabalho, conflito de papéis e interações interpessoais (Landeiro, 2011).

MODELO DE GIL-MONTE, PEIRÓ & VALCÁRCEL

Este modelo, proposto em 1998, por Gil-Monte, Peiró e Valcárcel baseia-se na avaliação dos modelos de stress de Lazarus *et al.* (1984). Segundo estes autores, o *burnout* é caracterizado como uma resposta ao stress no trabalho, que ocorre após a ineficácia da utilização de estratégias de *coping*. Esta resposta progride da falta de realização pessoal até à exaustão emocional, da falta de realização pessoal e da exaustão emocional até à despersonalização (Gil-Monte e Peiró, 1999).

A falta de realização pessoal surge como uma tensão e o fenómeno de despersonalização como um processo cognitivo que deriva de estratégias de *coping* inadequadas. Neste seguimento, o sujeito não consegue lidar com os problemas laborais o que faz com que este sinta uma fraca realização pessoal. Assim, estas situações culminam na adoção da despersonalização enquanto estratégias de *coping* (Gil-Monte e Peiró, 1999).

MODELO DE SISTEMA INTERATIVO DE BURNOUT

Segundo este modelo interativo de Marques-Teixeira, 2002, a exaustão emocional é determinada pela sobrecarga laboral e pelos conflitos de papéis no contexto de trabalho. A nível pessoal, é determinada pelos requisitos que os envolvidos se colocam a si próprios quanto ao desempenho e a algumas dimensões qualitativas e quantitativas das relações interpessoais (Queirós, 2005).

A despersonalização surge como mecanismo de *coping* usado pelo profissional que se sente exausto, e, ao revelar-se um mecanismo inadequado, emergem sentimentos de ineficácia. A despersonalização ao surgir como uma estratégia de *coping* assume-se como uma espécie de mecanismos alternativos para lidar com a exaustão emocional quando outros recursos não estão disponíveis (Cordes e Dougherty, 1993).

3.4. CAUSAS DO BURNOUT

O trabalho contínuo com pessoas em sofrimento psicológico, social ou físico, pode causar stress crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo para o risco de *burnout*, que atinge principalmente profissionais de ajuda, onde a matéria-prima do trabalho são as pessoas, como é o caso dos profissionais de saúde (Morais *et al.*, 2006; Maslach e Jackson, 1985).

O *burnout* é um fenómeno multifacetado estimulado por diversas causas que são descritas como sendo fruto de fatores organizacionais, interpessoais, intrapessoais e ainda de variáveis demográficas (Pinteus, 2001).

Assim, o *burnout* não surge após um ou mais episódios de sobrecarga ou de especial dificuldade, mas sim de forma gradual, sem que o indivíduo se aperceba, evoluindo desde o entusiasmo até à decepção. Freudenberger verificou que os profissionais mais dedicados e comprometidos com o trabalho são os mais propensos a desenvolver a síndrome de *burnout* (Oliveira, 2008; Ogden, 2000).

De acordo com Maslach, quanto maior for o desfasamento entre a pessoa e o trabalho, maior é o risco de *burnout*. Assim, identificou seis fontes de *burnout*: sobrecarga de trabalho, falta de controlo, sentimento de não recompensa, ausência de comunidade, falta de justiça e conflito de valores. Estas áreas de desfasamento entre o indivíduo e o trabalho não são totalmente independentes e podem relacionar-se entre si (Serra, 2011; Maslach, 2003).

A sobrecarga do trabalho é um fator intrínseco a um emprego particular, que poderá levar ao aparecimento do *burnout*. Esta sobrecarga diferencia-se em termos qualitativos e quantitativos. A sobrecarga do trabalho quantitativa diz respeito ao fato do indivíduo “ter muito que fazer”, enquanto que a sobrecarga qualitativa significa “trabalho muito difícil” (Maslach, 2003).

Os indivíduos experienciam níveis diferentes de *burnout* e reagem diversamente, porque todos somos diferentes, únicos e com experiências anteriores distintas, o que nos leva a presumir que as variáveis individuais, como a personalidade, são chave na predição do *burnout*. Contudo, ao longo de várias investigações, nenhum dos componentes pessoais emergiu de forma consistente sugerindo que estamos perante um fenómeno mais social que individual (Morais *et al.*, 2006; Pines, 2000).

3.5. FATORES DE RISCO DE BURNOUT

Estudos referem indivíduos jovens, mulheres, solteiros ou sem companheiro estável, sem filhos, trabalhadores de turnos laborais de maior duração, incluindo fatores de personalidade como pessoas idealistas, com prestígio elevado e com expectativas altruistas elevadas são alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout*. No entanto, outros estudos referem que a maioria das investigações não relaciona os fatores como a idade, estado civil, anos de profissão e trabalho por turnos não seriam determinantes no aparecimento do *burnout*. Contudo, a idade ou experiência profissional pode constituir um período susceptível de incubação do *burnout* (Oliveira, 2008).

Segundo Schaufeli e Enzmnn (1998), os fatores de risco de *burnout* incluem fatores individuais como a idade, sexo, o estado civil, o nível de escolaridade e as características da personalidade; e fatores organizacionais como o trabalho por turnos, o stresse, as expectativas face ao trabalho, o suporte organizacional, a pressão, a sobrecarga profissional, a remuneração, entre outros.

Relativamente às características individuais, Maslach refere que indivíduos mais novos têm maior tendência para atingir o *burnout*. O que se pode explicar por estar diretamente relacionado com o início de carreira onde as expectativas são altas e muitas vezes a frustração surge com a perda dessas expectativas. Assim sendo, pode-se dizer que o *burnout* se relaciona de forma inversa com o tempo de experiência profissional. No que diz respeito ao género, algumas investigações defendem que o *burnout* ocorre mais em mulheres do que homens, mas Price e Spencer defendem o contrário. Contudo, existe uma tendência para ser maior nos solteiros (principalmente homens) do que em casados, bem como níveis menores em divorciados do que em solteiros. Indivíduos com filhos apresentam também níveis mais baixos de *burnout*. A maioria das investigações apontam para que quanto maior for o nível de educação, maior é a tendência para níveis elevados de *burnout* (Schaufeli e Enzmnn, 1998; Maslach *et al.*, 1996; Maslach e Jackson, 1985).

Outro dos grupos de fatores com maior influência no *burnout*, diz respeito às características organizacionais. A qualidade de vida em qualquer clima organizacional é influenciada em parte por estes aspetos mas mais concretamente, culturais, sociais, políticos e económicos. Assim sendo, podemos dizer que o clima organizacional é uma das influências nas motivações e produtividade dos indivíduos. Com a evolução dos tempos, se o cliente exige qualidade do prestador, a organização espera o máximo de produtividade e lucro. O mais difícil é, como referem Maslach e Leiter (1997), estabelecer o equilíbrio entre a forma como a organização vê a carga de trabalho (produtividade) e a forma como o indivíduo vê essa mesma carga (tempo e energia). Por isso, a sobrecarga de trabalho talvez seja o maior fator de risco de *burnout* (Maslach e Leiter, 1997).

Assim, a sobrecarga de trabalho apresenta-se, em múltiplos estudos, com uma consistente e forte ligação ao *burnout*, especialmente na sua dimensão de exaustão. A ambiguidade de tarefas e o seu conflito relaciona-se com níveis moderados de correlação com o *burnout*. As repercussões mais habituais de sobrecarga laboral são problemas de saúde psicossomáticos, comportamentais, emocionais e defensivos originando consequências laborais, familiares, pessoais e risco de transtornos psíquicos. No fundo, relacionam-se com as elevadas expectativas que o indivíduo cria a nível profissional. O problema inicia-se quando o indivíduo se confronta com um ambiente onde a recompensa é mínima ou inexistente, há falta de autonomia, o falhanço não é uma utopia mas sim uma realidade e que afinal o que produz não é valorizado. Para prevenir ou diminuir o *burnout*, é particularmente importante o suporte dos supervisores. O nível de participação no trabalho e os riscos profissionais são características que podem afetar o funcionamento cognitivo, o desenvolvimento intelectual, o bem-estar, a satisfação tanto profissional como pessoal do indivíduo (Lobo, 2003; Maslach *et al.*, 2001; Schaufeli e Enzmn, 1998; Martín *et al.*, 1994; Freudenberg, 1974).

Em profissões como técnicos de diagnóstico e terapêutica, enfermagem, medicina, professores e polícias existe a necessidade de estabelecer objetivos, ser capaz de organizar o seu trabalho e estabelecer prioridades é meio caminho para o equilíbrio.

Quando não existe esse equilíbrio, caminha-se para a falta de controlo sobre qualquer situação, o que leva à perda de interesse que por sua vez afasta os interesses do indivíduo dos da organização (Maslach e Leiter, 1997).

Freudenberg, já em 1974, apontava a falta de controlo, entre outros fatores, como uma causa de *burnout*. Em 1978, Slavitt *et al.*, num trabalho com enfermeiros, concluiu que numa comparação emparelhada a componente que foi mais valorizada em terceiro lugar foi o controlo, sendo a autonomia a primeira e o salário a segunda. Alvarez *et al.* (1993) sintetiza os fatores ligados ao trabalho, onde se inclui a falta de controlo, como um dos fatores de maior insatisfação no trabalho e consequentemente, de *burnout*. Ramirez *et al.* (1996), num estudo realizado entre

profissionais de saúde, concluiu que o controlo contribui para a satisfação global no trabalho.

Com a falta de recompensa/valorização profissional, surge a diminuição da autoestima e daqui ao *burnout* é um degrau. Ao nível das organizações, uma palavra reconfortante de estímulo e incentivo pode constituir um reforço importante para melhorar as capacidades de um indivíduo (Maslach e Leiter, 1997; Leiter, 1991).

Também o conflito de valores surge pela falta de segurança no trabalho, como defende Maslach e Leiter (1997), o que vai “minando” o trabalho em equipa, aumenta a probabilidade de conflitos, perda de respeito e isolamento.

As exigências, especialmente nas profissões da área da saúde, são elevadas, existe um número de clientes total ou parcialmente dependentes (nas suas atividades de vida). Quando os valores organizacionais não estão em sintonia com os profissionais surge o conflito e posteriormente o *burnout*.

3.6. MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS DO BURNOUT

Da análise realizada às diversas definições relativas à síndrome de *burnout* é perceptível a partilha de alguns aspetos comuns, nomeadamente a existência de alguns sintomas relativos à exaustão emocional e psicológica, fadiga e depressão, em que predominam os sintomas a nível comportamental, psicológico e físico que estão relacionados com a atividade profissional (Amaro, 2010).

As manifestações do *burnout* podem ser divisíveis em dois níveis: individual e organizacional. A literatura aponta para uma miríade de fatores associados ao *burnout*, pelo que se torna impossível enumerá-los todos. Assim, foram reunidos mais de 130 sintomas relacionados com o *burnout* e posteriormente agrupados em cinco categorias: afetivos, cognitivos, comportamentais, físicos e motivacionais (quadro dois, três e quatro) (Pais-Ribeiro, 2005; Queirós, 2005; Smets *et al.*, 2004; Schaufeli e Buunk, 2003; Schaufeli *et al.*, 2002).

Quadro 2 - Sintomas de *burnout* a nível individual

Afetivos	Humor depressivo; Estado choroso; Exaustão emocional; Humor instável; Diminuição do controlo emocional; Medo indefinido; Aumento da tensão; Ansiedade
Comportamentais	Hiperatividade; Impulsividade; Protelar de coisas e tarefas; Aumento do café, tabaco, álcool, tranquilizantes, drogas ilícitas; Comportamentos de alto risco; Aumento de acidentes; Abandono de atividades recreativas; Queixas compulsivas
Cognitivos	Falta de energia; Perda de significado e de esperança; Medo de ficar louco; Sentimentos de impotência; Sentimentos de insucesso; Sentimentos de insuficiência; Pobre autoestima; Auto preocupação; Culpa; Ideias suicidas; Incapacidade de concentração; Desleixo; Dificuldade com tarefas complexas; Pensamento rígido e esquemático; Dificuldades em tomar decisões; Fantasias e sonhar acordado; Intellectualização; Diminuição da tolerância à frustração
Físicos	Enxaquecas; Náuseas; Tonturas; Tiques nervosos; Dores musculares; Problema sexuais; Distúrbios do sono; Alterações do peso; Perda de apetite; Suspirar; Aumento da pressão pré-menstrual; Perda de ciclos menstruais; Fadiga crónica; Exaustão física; Hiperventilação; Fraqueza física; Úlceras; Alterações gastrointestinais; Perturbações nas coronárias; Constipações frequentes e prolongadas; Inflamações bruscas; Lesões por comportamentos de risco; Aumento do risco de problemas cardíacos; Hipertensão; Aumento de problemas dérmicos; Aumento dos níveis do colesterol sérico
Motivacionais	Perda de entusiasmo; Perda do idealismo; Desilusão; Resignação; Desapontamento; Aborrecimento; Desmoralização

Quadro 3 - Sintomas de *burnout* a nível interpessoal

Afetivos	Irritabilidade; Existir por cima da sensibilidade; Frio e sem emoções; Não ter empatia emocional; Desenvolver a irritação
Cognitivos	Perceção cínica e desumana dos utentes; Negativismo a respeito dos utentes; Pessimismo a respeito dos utentes; Diminuição da empatia com os utentes; Estereótipos acerca dos utentes; Colocar etiquetas pejorativas nos utentes; Culpabilizar; Aparência de grandiosidade; Aparência de retidão; “Martírio”; Hostilidade; Suspeição; Projeção; Paranóia
Comportamentais	Violentas explosões; Propensão para comportamentos violentos e explosivos; Agressividade com os utentes; Conflitos interpessoais, maritais e familiares; Isolamento e afastamento social; Indiferença no que respeita aos utentes; Responder aos utentes de qualquer maneira; Isolamento do resto dos colegas; Humor aborrecido acerca dos utentes; Expressos de desespero, abandono e sem significado próximo dos utentes; Usar o distanciamento; Ciúme; Comportamentalização
Físicos	***
Motivacionais	Perda de interesse; Desânimo; Indiferença no que diz respeito aos utentes; Usar os utentes para as suas necessidades pessoais e sociais

Quadro 4 - Sintomas de *burnout* a nível organizacional

Afetivos	Insatisfação no trabalho
Cognitivos	Cinismo acerca das tarefas no trabalho; Sentimentos de que não é apreciado; Desconfiança na direção, colegas e supervisores
Comportamentais	Redução da eficiência; Baixo rendimento no trabalho; Baixa produtividade; Falta de pontualidade; Aumento de ausências sem autorização; Absentismo; Roubo; Resistência à mudança; Ser dependente dos supervisores; Ver frequentemente o relógio; “Levar um livro”; Aumentar os acidentes; Inabilidade para organizar; Pouco tempo de direção
Físicos	***
Motivacionais	Perda da motivação para trabalhar; Resistência na ida pra o trabalho; Diminuir a iniciativa no trabalho; Baixa moral

No caso particular dos trabalhadores de profissões consideradas de ajuda, onde as relações interpessoais são de grande importância, Groch e Olsen (1994) salientam o fato do *burnout* nestes profissionais em particular apresentar sintomatologia a nível físico, comportamental, psicológico e clínico. De seguida é apresentado um conjunto de sintomas característicos do *burnout* (quadro cinco) (Queirós, 2005).

Quadro 5 - Sintomas de *burnout* nos profissionais de ajuda

Físicos	Fadiga; Irritabilidade; Dores de cabeça; Problemas gastrointestinais; Insónias; Dores nas costas; Alterações de peso
Comportamentais	Perda do entusiasmo; Atrasos no trabalho; Alheamento durante horas; Frustração e raiva; Aumento de rigidez; Dificuldade em tomar decisões; Resistência à mudança; Afastamento dos colegas; Irritação face aos colegas
Psicológicos	Depressão; Diminuição da autoestima; Pessimismo; Culpa; Sentimento de onipotência; Sentimentos de indiferença/afastamento; Mudança de valores; Perda de objetivo; Vazio; Diminuição do empenhamento
Clínicos	Cinismo face aos clientes; Alheamento durante as sessões; Hostilidade face aos clientes; Rapidez no diagnóstico; Rapidez em medicar; Gritar, falar alto aos clientes

Em 2003, Gil-Monte condensou em quatro categorias as consequências do *burnout*:

- **Indicadores Atitudinais:** hostilidade, apatia, cinismo e desenvolvimento de atitudes negativas;
- **Indicadores Emocionais:** uso de mecanismos de distanciamento emocional, alienação, ansiedade, impotência ou onipotência e sentimentos de solidão;
- **Indicadores Comportamentais:** irritabilidade, mudanças bruscas de humor, isolamento e agressividade;

- **Indicadores Somáticos:** alterações musculares, digestivas, imunológicas, respiratórias, cardiovasculares, sexuais e do sistema nervoso.

O *burnout* tem merecido por parte das organizações particular interesse, pois afeta a qualidade dos serviços prestados pelo profissional. O indivíduo reduz o seu desempenho ao mínimo e conseqüentemente tende a cometer mais erros, ser menos cuidadoso e menos criativo na resolução de problemas (Ogden, 2000).

3.7. PREVENÇÃO DO BURNOUT

Os níveis de *burnout* nos profissionais de saúde têm aumentado nas últimas décadas, provocando custos diretos e indiretos para o indivíduo e para a organização, assim como custos de saúde para os utentes (Pines, 2000).

As estratégias de prevenção e tratamento do *burnout* devem basear-se em adaptações e mudanças a nível individual, social, institucional e terapêutico e no alerta precoce dos profissionais para os sinais, sintomas e conseqüências associados ao desenvolvimento desta síndrome. O reconhecimento atempado deste fenómeno contribui para um melhor comportamento profissional, mudanças na estrutura organizacional, no ambiente de trabalho e melhor qualidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes. Assim, a prevenção mais eficaz da síndrome de *burnout* baseia-se na promoção do bem-estar emocional, físico, psicológico e espiritual, ao longo de todo o percurso profissional (Hillhouse *et al.*, 2000; Tattersall *et al.*, 1999).

O estudo e a divulgação dos fatores que influenciam o *burnout* poderão ser pontos de partida para a implementação de programas de prevenção de *burnout* junto dos audiologistas. Os métodos de prevenção, redução e supressão do *burnout* que se podem utilizar são para Garcia (1990) basicamente os mesmos para o stresse. Propõem-se três estratégias: no plano individual, no apoio social e a nível organizacional.

No plano individual, recomenda-se a adopção de uma filosofia de vida saudável, a realização de exercício físico, desenvolver atividades recreativas, manter uma

adequada autoestima, não ter pressa em atingir determinados objetivos, estabelecer oportunidades, marcar frequentes períodos de férias e encarar os problemas como oportunidades. Os profissionais de saúde necessitam de tempo para si, um período de relaxamento, depois de um dia de trabalho, mesmo que esse período seja de curta duração (Zeckhausen, 2002; Pines, 2000; Garcia, 1990).

Relativamente ao apoio social, o convívio com a família, amigos, colegas e ter um companheiro ou sistema familiar apoiante é de extrema importância. Contudo, é relevante o papel de grupos de apoio interno e externo à organização que ajudam a avaliar corretamente as situações (Zeckhausen, 2002; Garcia, 1990).

A nível organizacional, uma das estratégias mais eficazes é a promoção do trabalho em equipas multidisciplinares, pois proporciona um melhor nível de interação e comunicação entre colegas, melhorando a relação com os doentes. O trabalho em equipa contribui para dissipar atitudes negativas e levar a uma melhor compreensão dos problemas que o afetam. Outra estratégia que as organizações poderiam implementar seria a rotatividade das tarefas nas rotinas diárias, incluindo tarefas que não envolvam apenas o contacto direto com o doente, flexibilizar os horários, promover locais de trabalho agradáveis, manter uma boa comunicação de informação, encorajar as pessoas a falar das suas dificuldades e reconhecer o trabalho realizado (Zeckhausen, 2002; Nunes, 2000).

Segundo Gil-Monte (2003), as estratégias também podem ser agrupadas em três categorias: as estratégias individuais que englobam a formação em resolução de problemas, assertividade e gestão eficaz do tempo; as estratégias de grupo que consistem na procura de apoio dos colegas e superiores; as estratégias organizacionais, uma vez que o problema se encontra no contexto de trabalho, elas permitem o desenvolvimento de medidas preventivas de forma a melhorar o clima organizacional.

Ou seja, prevenir e tratar o *burnout* passa por evitar e converter a exaustão em energia, o cinismo em envolvimento e a ineficácia em eficácia.

3.8. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DO BURNOUT

A partir dos conhecimentos provenientes de ensaios teóricos sobre a síndrome de *burnout*, surgiu a necessidade da elaboração de instrumentos de medição do *burnout*, de modo que fosse possível estudar esta síndrome através de estudos exploratórios.

No ano de 1981, surgiu o *Maslach Burnout Inventory*, elaborado por Maslach e Jackson, nos EUA e tinha como objetivo avaliar vários aspetos hipotéticos da síndrome de *burnout*. Este instrumento continua a ser utilizado para avaliar a síndrome de *burnout*, tendo sido aplicado em mais de 90% dos estudos sobre esta temática em todo o Mundo. O MBI é um instrumento de auto registo, que foi validado através de estudos exploratórios numa amostra de 1025 indivíduos pertencentes a diversas profissões, tais como: enfermeiros, professores, assistentes sociais, trabalhadores de saúde mental, psiquiatras, psicólogos, administradores de agência, consultores, empregados em período de experiência, físicos, policiais e procuradores (Maslach e Jackson, 1986; Schaufeli e Buunk, 2003).

O MBI é constituído por 22 itens relativamente a sentimentos relacionados com o trabalho e distribuídos por três escalas: exaustão emocional (analisa sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho); despersonalização (mede resposta frias, impessoais ou negativas dirigidas para aqueles a quem prestam serviços); realização pessoal (avalia sentimentos de incompetência e falta de realização) (Maslach e Jackson, 1986).

A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala de sete pontos, variando entre o mínimo de 0 que corresponde a “Nunca” e o máximo de 6 que corresponde a “Todos os dias”. Elevados níveis de *burnout* estão associados a elevados índices de exaustão emocional e despersonalização, mas também a baixos índices de realização pessoal.

O conceito de *burnout* foi ampliado e definido como sendo uma crise no relacionamento das pessoas com o trabalho. Assim, as três dimensões originais do MBI

foram ampliadas para abranger não só os problemas em relação ao trabalho das pessoas, mas também à fadiga independentemente da causa; a despersonalização reflete-se através de atitudes de indiferença ou de distanciamento em relação ao trabalho com as outras pessoas e a realização pessoal abrange tantos os aspetos sociais como não sociais da realização profissional. Assim, surgiu o *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS) que se trata de uma terceira versão proveniente da escala original, de auto-resposta, com o intuito de explorar as dimensões subjacentes do *burnout*. Maslach *et al.* (1996), referem que esta última versão difere das anteriores por não referir as relações nos serviços com os utentes, mas preferencialmente enfatizar as relações dos respondentes com o trabalho em geral. Constitui-se como um instrumento de auto-registo com 16 itens acerca de sentimentos relacionados com o trabalho e analisam três dimensões de *burnout*: exaustão emocional e física; cinismo; eficácia profissional (Schaufeli e Buunk, 2003; Maslach *et al.*, 1996).

A maioria dos trabalhos de investigação científica na área do *burnout* é baseada no *Maslach Burnout Inventory*. (Maslach, 2003). No entanto, em 2005, Kristensen *et al.*, desenvolveram uma nova ferramenta de medição do *burnout*, o *Copenhagen Burnout Inventory* (Kristensen *et al.*, 2005).

Num estudo Australiano sobre o *burnout* em dentistas, fez-se a comparação entre o CBI com o MBI e concluiu-se que o *Copenhagen Burnout Inventory* possui excelentes propriedades psicométricas e parece ser uma medida adequada para avaliar o *burnout* entre os profissionais de saúde (Winwood e Winefield, 2004).

Assim, iremos de seguida abordar mais pormenorizadamente este instrumento de medição do *burnout*, pois será o utilizado na recolha de dados da amostra do presente estudo.

3.8.1. COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY

O *Copenhagen Burnout Inventory* foi desenvolvido por Kristensen *et al.*, no âmbito do estudo PUMA (Projeto sobre *Burnout*, Motivação e Satisfação no Trabalho), iniciado em 1997. Este estudo foi realizado devido ao aumento acentuado das baixas por doença a longo prazo e da reforma antecipada entre os trabalhadores. PUMA foi estabelecido como um estudo de intervenção longitudinal ao longo de 5 anos, e o seu principal objetivo foi estudar a prevalência, distribuição, causas, consequências e tratamento do *burnout* (Kristensen *et al.*, 2005).

Kristensen *et al.*, em parceria com o estudo PUMA analisaram vários questionários para a avaliação do *burnout*. Contudo, nenhum dos instrumentos disponíveis os satisfiz. Foi aí que decidiam desenvolver um novo questionário, o CBI.

O *Copenhagen Burnout Inventory* é um questionário composto por três sub-dimensões: *burnout* pessoal; *burnout* relacionado com o trabalho e o *burnout* relacionado com o utente. As três partes separadas do questionário foram concebidos para serem aplicadas em domínios diferentes. As perguntas sobre o *burnout* pessoal foram formuladas para que todos os seres humanos possam responder. A pergunta relacionada com o desgaste proveniente do trabalho pressupõe que o indivíduo tem trabalho remunerado. Finalmente, as perguntas direcionadas para o *burnout* relacionado com os pacientes incluem sempre o termo “utente” (Kristensen *et al.*, 2005).

No CBI o núcleo de *burnout* é a fadiga e a exaustão. Isto está de acordo com o desenvolvimento histórico do conceito de *burnout* e também com um dos principais investigadores no campo, Schaufeli. Em 2001, Schaufeli *et al.*, definem *burnout* como um estado de exaustão física, emocional e mental que resulta do envolvimento a longo prazo em situações de trabalho que são emocionalmente exigentes (Kristensen *et al.*, 2005).

Com a criação de uma escala sobre *burnout* pessoal, os autores tinham como objetivo comparar os níveis em indivíduos independentemente do estatuto profissional (por

exemplo, os jovens, desempregados, reformados antecipadamente, pensionistas, etc.). Relativamente ao *burnout* relacionado com o trabalho, os autores definiram-no como o grau de exaustão, fadiga física e psicológica que é percebido pela pessoa como relacionado com o trabalho (Kristensen *et al.*, 2005).

Ao comparar a escala para o *burnout* pessoal com a escala do *burnout* relacionado com o trabalho consegue-se identificar se os indivíduos estão cansados devido ao trabalho ou se atribuem a fadiga a fatores não-trabalho, como, por exemplo, problemas de saúde ou familiares. O *burnout* relacionado com o utente é definido com o grau de cansaço físico, psicológico e exaustão que é percebido pela pessoa relacionado com o trabalho com os utentes. Mais uma vez, os indivíduos podem atribuir a fadiga a outros fatores que não o seu trabalho com utentes (Kristensen *et al.*, 2005).

O *Copenhagen Burnout Inventory* é um instrumento de medida do *burnout*, constituído por dezanove perguntas segundo as respetivas três escalas (quadro seis). A primeira edição do questionário CBI data do ano de 2004 (Kristensen *et al.*, 2005).

Quadro 6 - Divisão do Copenhagen Burnout Inventory

Burnout pessoal	Com que frequência se sente cansado/a?
	Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?
	Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?
	Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”?
	Com que frequência se sente fatigado/a?
	Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?
Burnout relacionado com o trabalho	Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?
	Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?
	Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?
	Tem energia suficiente para a família e amigos durante o tempo de lazer?
	O seu trabalho é emocionalmente desgastante?
	O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?
	Sente-se esgotado/a por causa do trabalho?
Burnout relacionado com o cliente	Acha difícil trabalhar com utentes?
	Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?
	Acha frustrante trabalhar com utentes?
	Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?
	Está cansado de trabalhar com utentes?
	Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?

3.9. BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais partilham com os professores, policias, controladores aéreos e investidores na bolsa, o topo da lista de profissões com maior stresse. Assim, torna-se pertinente fazer a distinção do *burnout* entre profissionais de saúde e as restantes áreas de atividade (Frasquilho, 2005a).

O estudo da problemática do *burnout* despertou inicialmente interesse junto das profissões ditas de ajuda, principalmente devido ao fato destas profissões estabelecerem relações interpessoais intensas no decurso da sua atividade profissional, quer com os restantes membros da equipa multidisciplinar, quer com os utentes. Frequentemente, a tensão gerada pelas relações interpessoais estabelecidas, provocam nos indivíduos uma verdadeira crise de identidade, colocando em causa toda a sua vertente física, psicológica e relacional, afetando conseqüentemente o seu desempenho profissional (Amaro, 2010).

Estudos comparativos relativamente ao *burnout* nas diferentes profissões indicam que as profissões de ajuda em geral são propícias ao desenvolvimento desta síndrome, e, as de saúde em particular (Pronost e Tap, 1996; Cordes e Dougherty, 1993) pelo fato de lidarem diariamente com utentes difíceis, com a dor, morte e sofrimento, o fato de transmitirem notícias negativas que provocam dor e sofrimento no utente e família, faz com que estes profissionais se encontrem sujeitos a níveis de ansiedade e stresse mais elevados, aumentando conseqüentemente a sua vulnerabilidade ao *burnout* (Maslach, 1993). McIntyre (1994) acrescenta que numa análise a cento e trinta profissões diferentes, sete das vinte e sete ocupações profissionais consideradas como altamente stressantes estavam diretamente relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, enquanto Marques-Teixeira (2002) igualmente numa revisão bibliográfica particularmente pertinente refere que 25 a 30% dos profissionais de saúde desenvolvem *burnout* como consequência da sua própria atividade profissional.

Nesta sequência Rodrigo (1995), relativamente aos profissionais de saúde, refere a existência de dois grupos de fatores que predispõem o aparecimento de stresse ocupacional, tendo o autor efetuado uma divisão entre fatores na natureza intrínseca

(fenómenos relacionados com o indivíduo e seus pares) e de natureza extrínseca (fenómenos relacionados com a atividade profissional) (Rodrigo, 1995).

Os profissionais de saúde são cada vez mais penalizados pelos disfuncionamentos do sistema de saúde Português e, por consequente, são alvo de depreciação pública. Casos individuais de má conduta tendem a ser generalizados a toda a classe profissional (Frasquilho, 2005b).

Uma análise aos fatores de *distress* em profissionais de saúde aponta para riscos relacionados com a ideologia profissional, formação, expectativas/representação social, condições de trabalho, carga física e mental e organização do trabalho como fontes de *burnout* nestes profissionais (Frasquilho, 2005b).

A exaustão emocional é a principal causa de *burnout* nos profissionais de saúde e exprime-se como a perda de energia e sócio profissionalismo. Deste modo, a nível de carência emocional dos pacientes e as características organizacionais do próprio trabalho apresentam-se como fatores fundamentais para o desenvolvimento de *burnout*. Quanto mais altas forem as exigências dos doentes e o nível de dependência ao trabalho do indivíduo, maior é a probabilidade de desenvolvimento do *burnout* (Frasquilho, 2005b).

Nesta linha de pensamento, Gomes (1996) refere que fatores como a elevada morbilidade e mortalidade, a necessidade de tomarem decisões céleres que influenciam diretamente a vida dos utentes, o fato de trabalharem com utentes em situação terminal e de lidarem com situações que envolvam mutilações e desfigurações, são fenómenos que influenciam negativamente os profissionais de saúde, aumentando os níveis de *burnout*.

A relação profissional de saúde – doente é desigual na sua natureza: o primeiro presta o cuidado e o segundo recebe-o. Ao promover este cuidado, o profissional de saúde obtém gratificações psicológicas. O fato de durante a sua atividade profissional, os profissionais de saúde serem confrontados com situações particularmente stressantes que frequentemente envolvem dor e sofrimento, assume-se com uma fonte de stresse intensa e que eventualmente poderá evoluir para a síndrome de *burnout*, quando as

estratégias utilizadas por estes profissionais para lidarem com o problema em causa não são adequadas. Assim, é frequente os profissionais de saúde que lidam diariamente no decurso da sua atividade profissional com a problemática em questão, evitarem demonstrar compaixão e outro tipo de sentimentos (McIntyre, 1994), utilizando esta técnica como uma estratégia de *coping* para enfrentarem os fatores de stresse a que estão sujeitos, pois o fato de lidarem com a morte representa uma contrariedade no decurso da sua atividade profissional que pretende preservar e defender a vida humana acima de tudo, colocando em causa o seu esforço profissional, pessoal e social.

A sociedade está cada vez mais intolerante à dor, ao desconforto e ao sofrimento, exigindo soluções médicas para patologias que não necessitam de intervenção, revoltando-se com a falta de cura para doenças e reclama contra os procedimentos invasivos (Frasquilho, 2005a).

Um estudo retrospectivo efetuado no Hospital Geral de Burgos durante oito anos permitiu verificar que os profissionais de saúde apresentam patologias do foro psiquiátrico diretamente relacionados com o stresse, bem como alterações afetivas com maior frequência do que a população em geral, sendo que as patologias psiquiátricas referidas foram responsáveis por morbilidade psiquiátrica e incapacidade laboral em mais de 50% dos casos analisados (Martín et al., 1994).

Também em Espanha um estudo relativamente ao *burnout* em profissionais de saúde perfazendo uma amostra constituída por 363 sujeitos de estudo, permitiu verificar que os profissionais que desempenhavam a sua atividade laboral há menos de cinco anos apresentavam níveis de exaustão emocional mais baixos (Matos *et al.*, 1999)

Torna-se particularmente pertinente o fato dos investigadores terem verificado a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a prática de atividades de lazer e a dimensão despersonalização, em que os profissionais que reservam duas horas do seu dia para atividades de lazer, apresentam níveis médios de despersonalização de 7,36, comparativamente a níveis médios de 6,43 para aqueles que reservam duas a quatro horas por dia para atividades de lazer. Os valores

encontrados na dimensão exaustão emocional segue a linha investigativa da dimensão despersonalização, com níveis médios de 22,49 para profissionais que utilizam menos de duas horas diárias para atividades de prazer pessoal, comparativamente a 19,1 para aqueles que diariamente disponibilizam duas a quatro horas por dia para este tipo de atividades. Pertinente, é o fato dos investigadores terem verificado a existência de uma relação significativa entre o consumo de substâncias aditivas, nomeadamente o tabaco e a variável género, em que são os sujeitos de estudo do género masculino que apresentam níveis mais elevados de tabagismo comparativamente aos sujeitos do género feminino. Os investigadores referem ainda uma relação significativa entre o tempo de serviço e o tabagismo, pois os profissionais que possuem mais tempo de serviço são aqueles que simultaneamente apresentam hábitos tabágicos mais acentuados em termos de quantidade de cigarros consumidos, curiosamente, à medida que os hábitos tabágicos tendem a acentuar-se, a percentagem de não fumadores tende igualmente a aumentar, existindo ainda uma relação estatisticamente significativa entre o aumento do consumo de tabaco e a probabilidade de apresentar níveis de despersonalização mais elevados. No caso particular do álcool, o estudo efetuado demonstra existir uma relação estatisticamente significativa entre o consumo deste tipo de substância e o género, sendo os sujeitos do género masculino aqueles que apresentam níveis de consumo mais elevados, não existindo contudo uma relação entre os hábitos tabágicos e o consumo de álcool. Em termos de valores globais para as diferentes dimensões em estudo, referem os investigadores a existência de valores médios relativos à dimensão despersonalização, valores médios mais elevados para a dimensão exaustão emocional, bem como para a realização pessoal, em termos globais salientam a existência de níveis médios de *burnout* nos sujeitos de estudo.

O estudo efetuado por Nogueira (1988) relativamente ao *burnout* e depressão trata-se de uma primeira abordagem efetuada no nosso país relativamente ao fenómeno em causa, tendo o investigador utilizado 182 sujeitos de estudo da classe médica, em que verificou existirem sintomas de *burnout* em cerca de 86,8% da amostra, dos quais 82% apresentavam sintomatologia crónica. Mais recentemente, Leal (1996) num estudo igualmente efetuado no nosso país, perfazendo um total de 56 sujeitos de estudo da

classe médica, verificou existirem valores relativos a stresse psicológico e *burnout* semelhantes a outros profissionais de saúde da classe médica, referindo contudo que os sujeitos do género feminino apresentavam valores de exaustão emocional mais elevados, enquanto os sujeitos do género masculino apresentavam valores de realização pessoal mais elevados.

O stresse ocupacional e o *burnout* nos profissionais que prestam serviços e cuidados de saúde é um tema de muito interesse, porque afeta não só os trabalhadores e o trabalho por eles desenvolvido, assim como os utentes que estão em contato com eles. Os profissionais de saúde com níveis altos de *burnout* tendem a responder menos a questões dos pacientes, negligenciando as suas opiniões quanto a tratamentos e cometendo erros que não derivam da sua falta de conhecimento ou experiência (Pines, 1993).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4. MATERIAL E MÉTODOS

As estatísticas são uma parte decisiva da investigação quantitativa. Sempre que alguém efetua uma experiência, é essencial que os resultados sejam analisados e apresentados de forma a serem entendidos por outras pessoas interessadas. As estatísticas são um meio para atingir o objetivo.

Os dados têm que ser analisados, descritos e interpretados, através de métodos estatísticos para que uma conclusão possa ser tirada sobre os resultados do estudo.

O objetivo global deste estudo consistiu na avaliação das dimensões do *burnout*, entre os audiologistas portugueses. Pretendeu-se ainda verificar a associação do *burnout* com algumas variáveis sociodemográficas e indicadores da situação profissional e avaliar o impacto na qualidade de vida destes profissionais. Esta investigação pretendeu desenvolver e orientar os seguintes objetivos específicos:

- 1 - Caracterizar a amostra que se pretende estudar de acordo com as variáveis sociodemográficas e indicadores da situação profissional.
- 2 - Comparar os níveis de *burnout* relativamente ao sexo, idade, estado civil, profissão, anos de profissão, número de horas de trabalho por semana.
- 3 - Avaliar a relação entre o *burnout* e a qualidade de vida dos profissionais.

4.1. TIPO DE ESTUDO

Para definir o tipo de estudo em questão deve realizar-se uma análise rigorosa dos métodos utilizados. Relativamente a esta questão, podem definir-se em métodos gerais e específicos, em que os primeiros se dividem em métodos quantitativos, que servem para quantificar fenómenos e métodos qualitativos, para a qualificação dos mesmos. Os segundos agrupam-se em métodos observacionais em que se observam comportamentos e métodos experimentais, comparativos ou estatísticos, na medida

em que a amostra recolhida é submetida a uma investigação com as mesmas normas e metodologias.

Existem outros fatores a ter em consideração no que concerne a um estudo de investigação, nomeadamente o modo, o tempo e o sentido. Relativamente ao modo pode considerar-se que este se divide em descritivo (quando se quer descrever um determinado acontecimento numa altura específica do tempo), explicativo (no qual a variável independente pode afetar, de alguma forma, a variável dependente) e comparativo (quando se verifica a manipulação de variáveis). Em relação ao tempo, o estudo pode ser retrospectivo e prospetivo e quanto ao sentido, ele pode ser classificado em transversal, sempre que é efetuado uma única vez no tempo e longitudinal quando o período de tempo é mais longo (Pocinho, 2013).

Tendo por base esta tipologia, pode-se considerar que o presente estudo segue uma metodologia do tipo quantitativo, exploratório e descritivo simples, pois descreve um fenómeno ou um conceito relativamente a uma população, de forma a estabelecer as suas características, neste caso concreto baseia-se na análise dos resultados de questionários (Fortin, 2009; Almeida e Freire, 2008; Fortin, 2000).

Este estudo apresenta um *corte* transversal, visto que os dados foram recolhidos uma única vez no tempo num só momento (Almeida e Freire, 2008).

O horizonte temporal do estudo decorreu entre novembro de 2014 e julho de 2015. A recolha dos dados foi realizada durante os meses de maio e junho de 2015.

4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída pelos audiologistas portugueses. Sendo a amostra constituída pelos audiologistas sócios da Associação Portuguesa de Audiologistas, uma vez que sou Audiologista e sócia desta associação, e por audiologistas ex-alunos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.

Neste estudo a amostragem é designada não probabilística por conveniência, sendo que neste tipo de amostragem a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos (não seguindo portanto os princípios básicos da teoria das probabilidades). Inicialmente este estudo não seria para ser por conveniência, o plano inicial seria apenas ter o apoio da APtA para a recolha dos dados e aí a amostra não seria por conveniência, uma vez que a taxa de resposta dos audiologistas sócios da APtA foi apenas de 16,7%, tendo-se optado por um plano alternativo que contou com o apoio da ESTeSC, para conseguir alcançar um maior número de respostas ao estudo.

Assim, enviou-se o questionário a 241 audiologistas, tendo respondido (online, enviado por e-mail) 94 audiologistas (taxa de resposta de 39%). A amostra final foi constituída por 86 técnicos, visto que os restantes 8 questionários estavam incompletos e não poderão ser contabilizados para a amostra final.

4.3. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para realizar este estudo utilizou-se um instrumento de recolha de dados, composto por três questionários: um questionário sociodemográfico e profissional, o *Copenhagen Burnout Inventory* e o questionário de qualidade de vida SF 12 – versão 2.

Tem o apoio da Associação Portuguesa dos Audiologistas (APtA) e o questionário utilizado é baseado no questionário *Copenhagen Burnout Inventory* que foi elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga (Kristensen *et al.*, 2005) e validado em português no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Fonte, 2011).

Os vários questionários destinados a avaliar o *burnout* dos audiologistas seguem processos metodológicos de acordo com o respetivo objetivo e conteúdo da análise. Assim, foi enviado a todos os audiologistas uma mensagem de correio eletrónico em

que se solicita a sua colaboração para o preenchimento, via Internet, de um questionário de avaliação do *burnout*.

4.3.1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

Este questionário foi construído exclusivamente para o presente estudo com o intuito de obter informações específicas sobre a população estudada.

Assim, o objetivo deste questionário era obter informações relativamente ao sexo, idade, situação familiar, composição do agregado familiar, habilitações literárias, serviço onde exerce funções, se exerce funções de chefia, se exerce funções em outra instituição, carga horária semanal total de trabalho, tempo de exercício na função de audiologia, qual a área de intervenção, se sente que a formação é adequada à função, caso voltasse atrás se escolheria de novo esta profissão, qual o grau de satisfação com a instituição onde desempenha funções e caso pode-se voltar atrás se escolheria novamente aquela instituição para desempenhar as suas funções como audiólogista.

4.3.2. COPENHAGEN BURNOUT INVENTORY

O CBI é composto por dezanove questões divididas em três escalas:

- O *burnout* pessoal é constituído por seis questões. A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco opções que varia entre (0) “nunca/quase nunca” e (100) “sempre”.
- O *burnout* relacionado com o trabalho é composto por sete questões. A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco opções: nas três primeiras questões varia entre (0) “muito pouco” e (100) “muito” e nas últimas quatro questões varia entre (0) “nunca/quase nunca” e (100) “sempre”, sendo que na última questão a pontuação é invertida.
- O *burnout* relacionado com o cliente é formado por seis questões. A frequência com que cada sentimento ocorre é avaliada numa escala com cinco opções: nas

três primeiras questões varia entre (0) “muito pouco” e (100) “muito” e nas últimas duas questões varia entre (0) “nunca/quase nunca” e (100) “sempre”.

Considera-se um elevado nível de *burnout* aos valores iguais ou superiores a cinquenta pontos (Schaufeli e Buunk, 1996; Borritz e Kristensen, 2004).

4.3.2.1. VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

Este questionário foi aferido e validado para a população portuguesa por Fonte, em 2011, no seu estudo “*Adaptação e Validação para Português do Questionário de Copenhagen Burnout Inventory*”.

Para avaliar a consistência interna da escala foi utilizada o *alfa* de Cronbach. Segundo Fonte (2011) os valores do *alfa* de Cronbach são indicadores de uma boa consistência interna para as três escalas do questionário. Assim, o *burnout* pessoal apresenta um *alfa* de Cronbach de 0,845 para o total da escala; o *burnout* relacionado com o trabalho apresenta um *alfa* de Cronbach de 0,866 para o total da escala e, por último, o *burnout* relacionado com o utente um *alfa* de Cronbach de 0,843 (tabela um). Estes valores altos do *alfa* de Cronbach indicam uma boa consistência interna da versão portuguesa do CBI.

Tabela 1 - Alfa Cronbach escala CBI

	N.º de Itens	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach mínimo
<i>Burnout</i> pessoal	6	0.845	0.803
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	7	0.866	0.829
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	6	0.843	0.796

4.3.3. QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE QUALIDADE DE VIDA SF – 12

O SF-12 é uma versão curta do questionário *Medical Outcom e Study* SF-36, que é o instrumento de avaliação de qualidade de vida mais utilizado. Consta de doze questões provenientes das oito dimensões do SF-36: função física (capacidade funcional e limitação por aspetos físicos), função social, papel físico, papel emocional, saúde mental, vitalidade, dor corporal e saúde geral. As opções de resposta avaliam a intensidade ou a frequência.

São enormes as vantagens da versão abreviada, como por exemplo: redução do tempo de aplicação, diminuição da carga do preenchimento por parte dos pacientes, mantendo as suas propriedades psicométricas e sua correlação com os valores das pontuações de resumo obtidas pelo SF-36.

4.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para se proceder à utilização do questionário CBI, versão portuguesa, foi solicitado a autorização do autor. Após a obtenção da sua autorização, procedeu-se à elaboração do restante instrumento de avaliação do *burnout* entre audiologistas.

Depois de concluído o instrumento de recolha de dados, foi efetuado um pedido de autorização formal ao Dr.º Humberto Martins, Presidente da Direção da APtA (anexo um), para a sua aplicação junto dos técnicos de Audiologia associados, utilizando um questionário *online*, enviado através de correio eletrónico pessoal para cada associado (anexo dois).

Devido à taxa de resposta dos associados da APtA não estar em conformidade com os objetivos do estudo foi realizado um pedido de colaboração junto do Departamento do curso de Audiologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTSeC) para que os ex-alunos deste curso entrassem em contacto com a investigadora, fazendo esta o despiste se era associado ou não da APtA.

O questionário foi criado na plataforma do Centro de Estudos da Universidade de Coimbra *LimeSurvey*, sendo posteriormente disponibilizado no domínio http://www.uc.pt/org/ceisuc/Investigacao/Proj_curso/Burnout_Audiologistas/ (anexo três) para os associados da APtA e no domínio http://www.uc.pt/org/ceisuc/Investigacao/Proj_curso/Burnout_Audiologistas_2 para os ex-alunos da ESTSeC, não sócios APtA (anexo 4).

Uma vez que não se realizou uma análise individualizada do instrumento de recolha de dados conseguiu-se assegurar a confidencialidade dos dados, uma vez que o anonimato dos participantes foi respeitado.

4.5. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS E DEFINIÇÃO DAS HIPÓTESES

Todos os audiologistas portugueses constituem a variável independente, já os níveis de *burnout* são considerados a variável dependente deste estudo.

Para a realização deste estudo colocaram-se as seguintes questões:

Q1: Até que ponto os indicadores do *burnout* são sensíveis às características sociodemográficas dos audiologistas portugueses?

Q2: Até que ponto os indicadores do *burnout* são sensíveis às características profissionais dos audiologistas portugueses?

Q3: Será que os indicadores do *burnout* influenciam a qualidade de vida dos profissionais?

4.6. TRATAMENTO DE DADOS

Após a recolha de dados procedeu-se à elaboração da base de dados e posteriormente ao tratamento da informação recolhida. Assim, os dados foram tratados através do programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 21 para *Windows*.

Na primeira fase do estudo, para a descrição da amostra foram aplicadas estatísticas descritivas simples (frequências e percentagens), assim como na aplicação de escalas em que se utilizaram medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

Para avaliar a significância estatística e a correlação entre as variáveis dependentes em estudo realizaram-se testes paramétricos.

A verificação da precisão, por meio da consistência interna, foi estabelecida através da técnica de *alfa* de Cronbach. A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha = 0,05$, com intervalo de significância de 95%.

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

As questões correspondentes ao questionário sociodemográfico não eram de resposta obrigatória, pelo que nem todos os inquiridos responderam a estas questões. Na tabela dois, podemos observar os resultados referentes às características sociodemográficas da amostra em estudo.

Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra

Variável		Frequência (n)	Percentagem (%)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade		78	*	28,4	5,3	22	51
Género	Feminino	61	77,2	*	*	*	*
	Masculino	18	22,8	*	*	*	*
Situação familiar	Casado/a ou união de facto	21	26,9	*	*	*	*
	Solteiro/a	57	73,1	*	*	*	*
Habilitações Literárias	Licenciatura	59	72,8	*	*	*	*
	Pós-graduação	12	14,8	*	*	*	*
	Mestrado	9	11,1	*	*	*	*
	Doutoramento	1	1,2	*	*	*	*
Hábitos tabágicos	Sim	12	15,4	*	*	*	*
	Não	66	84,6	*	*	*	*

* Não se aplica a esta variável.

Dos 86 inquiridos, apenas responderam à pergunta sobre o género 79, sendo 77,2% (n=61) da amostra do sexo feminino. Em relação à idade verifica-se que a média se encontra nos 28,4 anos. A idade máxima corresponde aos 51 anos e a idade mínima de 22 anos. Quanto ao estado civil pode-se verificar que na sua maioria 73,1% (n=57) dos audiologistas são solteiros. No que diz respeito às habilitações literárias, grande

maioria, 68,6% (n=59) dos audiologistas são licenciados, sendo que apenas um audiologista da nossa amostra é doutorado (1,23%). Também através da tabela dois podemos verificar que apenas 15,4% da nossa amostra ter hábitos tabágicos.

5.2. CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

Como aconteceu com as questões correspondentes às características sociodemográficas, também as questões relativas aos aspetos profissionais não eram de resposta obrigatória, pelo que nem todos os inquiridos responderam a estas questões. Na tabela três, podemos observar os resultados referentes às características profissionais da amostra.

Através dos resultados obtidos, observamos que na amostra de 86 audiologistas, a média do tempo de serviço é de 5,3 anos, sendo que o tempo mínimo de exercício na profissão não chega a um ano (5 meses) e 29 anos o tempo máximo, com um desvio padrão de 5,5 anos. Em relação à área de intervenção podemos constatar que 59,3% (n=51) dos inquiridos trabalham na área da reabilitação auditiva, sendo que apenas 2 audiologistas (2,3%) desempenham funções em reabilitação vestibular. No que diz respeito ao número de horas semanais de trabalho verifica-se que a média é de 37,6 horas, sendo o mínimo de 8 horas trabalhadas e o máximo de 55 horas. Também podemos verificar que 28 dos 86 inquiridos trabalham em outras instituições, sendo que a média de horas é de 11,6, com um mínimo de 1 hora e um máximo de 30 horas semanais (tabela três).

Dos audiologistas inquiridos a grande maioria, 76,6% (n=66) desempenha funções em organismos privados. A amostra em relação ao tipo de vínculo profissional estabelecido com a instituição empregadora demonstra que 46,5% (n=40) dos audiologistas têm contrato a tempo indeterminado e no que diz respeito às funções de chefia apenas 12,8% (n=11) da amostra desempenham funções de chefia (tabela três).

Tabela 3 - Características profissionais da amostra

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tempo que exerce profissão (anos)	86	*	5,3	5,5	0,4	29
Área de intervenção	Diagnóstico	33	38,4	*	*	*
	Reabilitação Auditiva	51	59,3	*	*	*
	Reabilitação vestibular	2	2,3	*	*	*
Horas semanais no local principal de trabalho	86	*	37,6	9	8	55
Horas semanais em outros locais de trabalho	28	*	11,7	7,4	1	30
Atividade profissional	Organismo Público	20	23,3	*	*	*
	Organismo Privado	66	76,7	*	*	*
Tipo de contrato	Termo certo	29	33,7	*	*	*
	Termo incerto	17	19,8	*	*	*
	Sem termo	40	46,5	*	*	*
Funções de chefia	Sim	11	12,8	*	*	*
	Não	75	87,2	*	*	*

* Não se aplica a esta variável.

Relativamente ao rendimento familiar, através da tabela quatro podemos verificar que mais de metade dos audiologistas inquiridos avaliam o seu rendimento suficiente para as suas necessidades (70,6% para n=51), contudo 5,6% avalia-o como mais do que insuficiente (tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da amostra quanto ao rendimento familiar

		Mais do que suficiente	Suficiente	Insuficiente	Mais do que insuficiente
O seu rendimento familiar é suficiente para as necessidades do seu agregado familiar e da sua formação?	n	7	51	10	4
	%	9,7%	70,6%	13,3%	5,6%

Pela análise da tabela 5 verifica-se que mais de metade dos audiologistas inquiridos 62,2% (n=51) sentem que a formação é adequada para desempenhar o seu trabalho, contudo uma percentagem ainda significativa 34,1% (n=23) referiu que provavelmente seria adequada. Também constatamos que 40,2% (n=33) dos audiologistas em questão referiu que se caso pudesse voltar atrás escolheria de novo a sua profissão de audiólogista, 35,4% (n=29) indicou que provavelmente sim e 19,5% (n=16) mencionou que provavelmente não.

Tabela 5 - Características gerais da amostra quanto à atividade profissional

		Claro que sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Claro que não
Sente que a sua formação é adequada para desempenhar o seu trabalho?	n	51	23	3	0
	%	62.2%	34.1%	3.7%	0%
Se pudesse voltar atrás, escolheria novamente a sua profissão de audiólogista?	n	33	29	16	4
	%	40.2%	35.4%	19.5%	4.9%
Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta instituição para desempenhar a sua atividade profissional?	n	31	35	13	3
	%	37.8%	42.7%	15.9%	3.7%

Por último, relativamente à escolha da instituição para desempenhar a atividade profissional, 42,7% (n=35) mencionou que provavelmente escolheria a mesma instituição, 37,8% (n=31) referiu que claro que sim, 15,9% (n=13) provavelmente não escolheria a instituição e apenas 3,7% (n=3) indicou que se pudesse voltar atrás não escolheria de novo a instituição onde desempenha funções para desempenhar a sua atividade profissional (tabela 5).

Tabela 6 - Caracterização da amostra quanto ao grau de satisfação na instituição

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Grau de satisfação na instituição	n	3	13	11	37	18
	%	3.7%	15.9%	13.4%	45.1%	22.0%

Pela análise da tabela 6 podemos constatar que o grau de satisfação da maioria dos audiologistas em questão é satisfatório (45,1% para n=37), sendo que 22% (n=18) estão muito satisfeitos, 15,9% (n=13) encontram-se insatisfeitos, 13,4% (n=11) nem estão insatisfeitos nem satisfeitos e 3,7% (n=3) estão muito insatisfeitos com a instituição onde desempenham a sua atividade profissional.

Relativamente aos níveis de *burnout* prececionados pelos audiologistas podemos observar que no *burnout* pessoal a média foi de 35,02, no *burnout* relacionado com o trabalho a média encontra-se nos 41,33 e no *burnout* relacionado com o utente centra-se nos 29,51 (tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização da amostra quanto aos níveis de *burnout*

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<i>Burnout</i> Pessoal	35,02	15,78	4,17	75
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	41,33	13,72	14,29	71,43
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	29,51	14,84	0	62,50

6. COERÊNCIA INTERNA

A consistência interna das dimensões do *burnout* foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna *alfa* de Cronbach. O índice *alfa* estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Quanto mais os enunciados estão relacionados maior é a consistência interna. É considerada uma boa consistência interna quando o *alfa* excede os 0.80, no entanto para escalas com um número muito baixo de itens valores acima de 0.60 são aceitáveis (Fortin, 2009; Hill e Hill, 2000).

Os valores do *alfa* de Cronbach obtidos para as três escalas do CBI indicam uma consistência interna aceitável variaram entre um mínimo de 0,699 (fraco mas aceitável) no *burnout* relacionado com o trabalho e um máximo de 0,851 (bom) no *burnout* pessoal (tabela 8).

Assim, as três escalas apresentam um valor de *alfa* de cronbach 0,851 para o total da escala do *burnout* pessoal, para o *burnout* relacionado com o trabalho apresenta um *alfa* de Cronbach 0,699, para o total da escala, e finalmente a escala referente ao *burnout* relacionado com o utente apresenta para o total da escala um *alfa* de Cronbach 0,783 (tabela 8).

Tabela 8 - Consistência interna do CBI

	<i>Alfa</i> de Cronbach	N
<i>Burnout</i> Pessoal	,851	6
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	,699	7
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	,783	6

7. BURNOUT E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

No estudo entre a variável independente género e as escalas do CBI, verificou-se que os níveis médios mais elevados de *burnout* pessoal e de *burnout* relacionado com o trabalho foram encontrados no sexo feminino, as diferenças não são estatisticamente significativas, conforme se pode verificar através da tabela 9, o que significa que os indicadores do *burnout* não são sensíveis à variável género.

Tabela 9 - Relação entre o *burnout* e o género

	Feminino			Masculino			T	Sig.
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão		
<i>Burnout</i> Pessoal	61	35,7	15,4	18	30,3	13,2	1,3	,187
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	61	41,6	13,9	18	40,1	12,9	0,4	,685
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	61	28,6	14,8	18	33,3	14,1	-1,2	,227

Ao consultar a tabela 10, verificou-se que os audiologistas com mais de 30 anos foram os que apresentaram níveis médios mais elevados de *burnout*. Verificou-se também que não existem diferenças estatisticamente significativas nesta análise, logo a idade parece não influenciar os níveis de *burnout* dos profissionais em estudo.

Tabela 10 - Relação entre o *burnout* e a idade

	Até 25 anos			26 – 30			> 30 anos			F	Sig.
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão		
<i>Burnout</i> Pessoal	24	33,0	15,5	36	33,1	15,2	18	38,4	12,5	0,9	,402
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	24	39,4	12,6	36	41,1	14,8	18	43,7	11,3	0,5	,602
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	24	25,9	13,8	36	31,3	16,2	18	31,5	12,7	1,1	,325

Entre a variável situação familiar e as escalas do *burnout*, verificou-se que os audiologistas casados apresentam níveis de *burnout* mais elevados do que os solteiros. Nesta análise verificou-se que existem diferenças significativas nas escalas do *burnout* pessoal e do *burnout* relacionado com o trabalho, o que nos leva a constatar que a situação familiar influencia o nível de *burnout* (tabela 11).

Tabela 11 - Relação entre o *burnout* e a situação familiar

	Casado			Solteiro			T	Sig.
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão		
Burnout Pessoal	21	41,1	13,5	57	31,8	15,1	2,477	,015*
Burnout relacionado com o trabalho	21	46,4	12,5	57	39,0	13,8	2,171	,033*
Burnout relacionado com o utente	21	32,1	12,6	57	28,2	15,8	1,023	,310

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$

Quando relacionamos a variável habilitações académicas com as escalas de mensuração do *burnout* verificamos que os níveis médios mais elevados de *burnout* pessoal e de *burnout* relacionado com o trabalho foram encontrados nos audiologistas pós-graduados, sendo que os que apresentam o valor médio mais elevado relativamente ao *burnout* relacionado com o utente são os audiologistas que apenas possuem licenciatura. A relação entre as habilitações académicas e os níveis de *burnout* não são estatisticamente significativas, ou seja, os indicadores do *burnout* não são sensíveis à variável habilitações académicas (tabela 12).

Tabela 12 - Relação entre o *burnout* e as habilitações literárias

		Burnout Pessoal	Burnout relacionado com o trabalho	Burnout relacionado com o utente
Licenciatura	N	59		
	Média	34,5	41,1	30,2
	Desvio Padrão	16,6	14,2	15,2
Pós-Graduação	N	12		
	Média	37,2	46,1	28,1
	Desvio Padrão	14,7	14,4	13,9

Mestrado / Doutoramento	N			10		
	Média	34,2	36,8	26,7		
Desvio Padrão	10,4	8,6	14,5			
F	,712	1,707	,193			
Sig.	,548	,172	,901			

No que diz respeito à variável hábitos tabágicos, embora os valores médios de *burnout* das três escalas sejam mais elevados nos profissionais com hábitos tabágicos, não existe diferenças estatisticamente significativas, ou seja, não existe os níveis de *burnout* não influencia os hábitos tabágicos (tabela 13).

Tabela 13 - Relação entre o *burnout* e os hábitos tabágicos

	Sim			Não			F	Sig.
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão		
Burnout Pessoal	12	36,8	12,9	64	34,8	16,1	,158	,692
Burnout relacionado com o trabalho	12	43,2	13,7	64	41,2	13,8	,649	,649
Burnout relacionado com o utente	12	35,4	10,1	64	28,8	15,3	,155	,155

De acordo com a informação recolhida, verificamos que os níveis de *burnout* apenas são sensíveis à variável situação familiar. As restantes variáveis sociodemográficas parecem não influenciar os níveis de *burnout* dos audiologistas portugueses.

8. BURNOUT E AS CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

Consultando a tabela 14, a análise entre a variável área de intervenção e as escalas do *burnout*, indica que os níveis médios mais elevados do *burnout* relacionado com o trabalho e com o utente foram encontrados nos profissionais que desempenham funções na área da reabilitação auditiva. Também nesta análise, pode-se verificar que não existem diferenças significativas, o que nos leva a constatar que a área de intervenção também não parece influenciar os níveis de *burnout*.

Tabela 14 - Relação entre o *burnout* e a área de intervenção

	Diagnóstico			Reabilitação			t	Sig.
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		
<i>Burnout</i> pessoal	33	35,6	18,4	49	35,1	14,1	,136	,892
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	33	40,4	15,8	49	42,1	12,5	-,561	,576
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	33	27,5	15,2	49	30,9	14,9	-,989	,326

No estudo entre a variável antiguidade no desempenho da função e os níveis de *burnout*, verificou-se que apesar de os níveis médios mais elevados de *burnout* serem associados aos técnicos de audiologia que trabalham há mais de 5 anos, não existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que o valor da significância estatística (p) é superior a 0,05. O que leva a concluir que o tempo de serviço não influencia os níveis de *burnout* (tabela 15).

Tabela 15 - Relação entre o *burnout* e a antiguidade no desempenho da função

	Até 5 anos			> 5 anos			t	Sig.
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		
<i>Burnout</i> pessoal	54	33,3	17,2	30	38,1	12,6	-1,320	,190
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	54	39,8	14,3	30	44,2	12,3	-1,423	,159
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	54	27,8	15,2	30	32,6	13,9	-1,448	,151

Observando a tabela 16, verificou-se um coeficiente de correlação estatisticamente significativo, positivo e fraco entre o *burnout* relacionado com o trabalho e o número de horas de trabalho semanais no principal local de trabalho ($r = ,271$). Como o coeficiente de correlação é positivo isso significa que quanto mais horas os audiologistas trabalham mais elevado é o *burnout* relacionado com o trabalho.

Tabela 16 - Relação entre o *burnout* e as horas de trabalho

	n	Horas semanais no principal local de trabalho	Sig.
<i>Burnout</i> pessoal	84	,206	,060
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	84	,271*	,013
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	84	,054	,623

* $p \leq ,05$

No que diz respeito à variável atividade profissional, embora os valores médios de *burnout* das três escalas sejam mais elevados nos profissionais que desempenham funções em organismos privados, não existe diferenças estatisticamente significativas, ou seja, não existe os níveis de *burnout* não influencia os hábitos tabágicos (tabela 17).

Tabela 17 - Relação entre o *burnout* e a atividade profissional

	Público			Privado			t	Sig.
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		
<i>Burnout</i> pessoal	19	32,5	19,4	65	35,8	14,7	-,803	,424
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	19	38,5	15,1	65	42,1	13,3	-1,009	,316
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	19	26,5	15,1	65	30,4	14,7	-,995	,323

No estudo entre a variável tipo de contrato e os níveis de *burnout*, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que o valor da significância estatística (p) é superior a 0,05. O que leva a concluir que o tipo de contrato não influencia os níveis de *burnout* (tabela 18).

Tabela 18 - Relação entre o *burnout* e o tipo de contrato

	Termo certo			Sem termo			t	Sig.
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		
<i>Burnout</i> pessoal	27	33,6	17,5	40	34,5	15,9	-,203	,840
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	27	40,6	13,7	40	41,3	14,4	-,208	,836
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	27	31,8	16,2	40	28,8	14,0	,820	,415

Entre a variável funções de chefia e as escalas do *burnout*, verificou-se que os níveis médios de *burnout* foram encontrados nos audiologistas que não desempenham funções de chefia. Nesta análise verificou-se que não existem diferenças significativas nas escalas do *burnout* com as funções de chefia, o que nos leva a constatar que as funções de chefia não influencia o nível de *burnout* (tabela 19).

Tabela 19 - Relação entre o *burnout* e as funções de chefia

	Sim			Não			t	Sig.
	n	Média	Desvio Padrão	n	Média	Desvio Padrão		
<i>Burnout</i> pessoal	11	33,7	11,3	73	35,2	16,4	-,293	,770
<i>Burnout</i> relacionado com o trabalho	11	40,3	12,4	73	41,5	14,0	-,275	,784
<i>Burnout</i> relacionado com o utente	11	28,8	7,3	73	29,6	15,7	-,173	,863

No que diz respeito ao rendimento familiar, não se verificou nenhum coeficiente de correlação estatisticamente significativo entre o *burnout* e variável. O que nos leva a constatar que o rendimento familiar não influencia o nível de *burnout* dos profissionais de audiologia (tabela 20).

Tabela 20 - Relação entre o *burnout* e o rendimento familiar

	n	Rendimento familiar	Sig.
<i>Burnout pessoal</i>	72	,113	,346
<i>Burnout relacionado com o trabalho</i>	72	,117	,327
<i>Burnout relacionado com o utente</i>	72	,053	,659

Através da análise da relação entre os níveis de *burnout* e as características profissionais dos audiologistas, podemos concluir que apenas as horas semanais de trabalho influenciam os níveis de *burnout* dos profissionais em estudo.

9. QUALIDADE DE VIDA

Considerando a variável qualidade de vida e as escalas do *burnout*, verificamos que os coeficientes de correlação entre o *burnout* e a qualidade de vida são quase todos estatisticamente significativos, negativos e moderados. A correlação mais elevada ocorreu entre o *burnout* relacionado com o trabalho e a medida do sumário mental. Como os coeficientes de correlação são negativos isso significa que quanto mais elevados são os níveis de *burnout* mais baixa é a qualidade de vida ($r = -,620$) (tabela 21).

Tabela 21 - Relação entre o *burnout* e a qualidade de vida

	<i>Burnout</i>		
	Pessoal	Trabalho	Utente
SF-12 - Saúde em geral	-,372**	-,252*	-,076
SF-12 - Função social	-,548**	-,472**	-,434**
SF-12 – Dor	-,520**	-,473**	-,278*
SF-12 – Vitalidade	-,599**	-,566**	-,233*
SF-12 - Função física	-,271*	-,077	-,150
SF-12 - Desempenho físico	-,388**	-,325**	-,367**
SF-12 - Desempenho emocional	-,437**	-,455**	-,408**
SF-12 - Saúde mental	-,504**	-,536**	-,380**
SF-12 - Medida sumário física	-,155	,025	-,026
SF-12 - Medida sumário mental	-,592**	-,620**	-,431**

* $p \leq ,01$ ** $p \leq ,001$

Podemos, assim, concluir que a qualidade de vida é sensível aos níveis de *burnout*. Estando a variável qualidade de vida relacionada inversamente com os níveis de *burnout* dos profissionais em estudo

10. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo não confirmam estatisticamente a totalidade das hipóteses, no entanto, revelam alguns aspectos interessantes.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. A comparação entre os níveis de *burnout* e o género, a idade, a situação familiar, a área de intervenção e a antiguidade no desempenho da função foi testada através do teste *t de Student* para amostras independentes pois comparou-se dois grupos em variáveis dependentes do tipo quantitativo. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Levene*. Quando a homogeneidade de variâncias não se encontrava satisfeita usou-se o teste *t de Student* com a correcção de *Welch*. A relação entre os níveis de *burnout* e o número de horas de trabalho semanais no principal local de trabalho, assim como a qualidade de vida foi testada com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*.

Os resultados obtidos através do questionário sócio-demográfico, no que diz respeito aos profissionais em estudo, indicaram que a maioria dos audiologistas eram do sexo feminino (77,2%) sugerindo uma nítida preferência deste sexo para profissões da área da saúde. São muitas as investigações que demonstram a predominância do género feminino neste tipo de estudos, como se pode verificar em Costa *et al.* (2011), Cumbe (2010), Pereira *et al.* (2010), Alves (2008), Cavalheiro *et al.* (2008), Martinez (1997).

Para Benevides-Pereira (2002), as características pessoais, como idade, género, habilitações literárias, situação familiar e personalidade, não são em si desencadeantes de *burnout*, podendo ser facilitadores (ou inibidores) da ação de agendes stressores (Benevides-Pereira, 2002).

No *burnout* pessoal a média encontrada foi de 35,0, o que revela um nível baixo de *burnout* pessoal. O desvio padrão foi de 15,8 o que revela existir uma dispersão relativamente aos valores de *burnout* percebido pelos audiologistas inquiridos. O

profissional com nível mais baixo de *burnout* pessoal apresentou uma pontuação média de 4,2, enquanto o inquirido que apresentou nível mais elevado de *burnout* pessoal exibiu um valor médio de 75. Através da comparação dos valores médios encontrados neste estudo pode-se referir que vão ao encontro do valor médio encontrado no estudo original PUMA (35,9), sendo inferior ao valor médio encontrada na validação da escala CBI para a população portuguesa (41,6) (Fonte, 2011; Kristensen *et al.*, 2005).

Em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho o valor médio encontrado foi de 41,3, revelando também um baixo nível de *burnout* entre os audiologistas. O desvio padrão de 13,7 indica que existe dispersão do *burnout* relacionado com o trabalho. O inquirido que apresentou nível mais baixo de *burnout* relacionado com o trabalho apresentou uma pontuação de 14,3 e o audiólogista com nível mais elevado obteve uma média de 71,4. Verificou-se que em relação ao *burnout* relacionado com o trabalho o valor médio vai de encontro ao estudo de validação da escala CBI para a população portuguesa (44,7) e por sua vez, apresenta um valor médio superior ao encontrado no estudo original PUMA (33) (Fonte, 2011; Kristensen *et al.*, 2005).

No *burnout* relacionado com o utente a média foi de 20,5, revelando que os audiologistas presentes na amostra apresentam um nível baixo de *burnout* no que diz respeito ao utente. O desvio padrão de 14,8, indica, tal como nas restantes duas escalas, que existe dispersão dos resultados. O audiólogista com nível mais baixo de *burnout* relacionado com o utente tem uma pontuação média de 0,00, sendo que o inquirido com nível mais elevado de *burnout* relacionado com o utente obteve uma pontuação média de 87,5. Constatou-se que em relação ao *burnout* relacionado com o utente o valor médio encontrado é inferior aos encontrados tanto no estudo original (30,9) como no estudo da validação do CBI para a população portuguesa (37,5) (Fonte, 2011; Kristensen *et al.*, 2005).

Da relação do *burnout* com os fatores individuais, os resultados destacam alguns aspetos a reter.

No que diz respeito ao género, apesar de Price *et al.* (1994) citados por Schaufeli e Enzmann (1998), defenderem nos seus trabalhos que o *burnout* ocorre mais em homens do que em mulheres. Para Maslach e Jackson (1981) são as mulheres que apresentaram níveis mais elevados de *burnout*. Contudo, no presente estudo, não se verificou alterações significativas dos níveis de *burnout* entre o género feminino e masculino.

Já no que diz respeito à situação familiar, verificou-se que quem apresentava níveis mais elevados de *burnout* são os casados/união de fato, sendo inferior nos solteiros. Na amostra, o *burnout* pessoal apresenta níveis estatisticamente significativos mais elevados nos casados/união de fato (41,1) do que nos solteiros (31,8). No *burnout* relacionado com o trabalho também verificamos diferenças estatisticamente significativas entre os casados/união de fato e os solteiros (46,4 vs 39,0). No que diz respeito ao *burnout* relacionado com o utente também se verifica que os solteiros são os que apresentam valores médios mais baixos de *burnout*, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas. Isto vai em desacordo do que dizem McDermott (1984) e Maslach e Jackson, (1985), que defendem que os níveis mais altos do *burnout* se encontrariam nos profissionais solteiros.

Maslach e Jackson (1981) e Schaufeli e Enzmann,(1998), que defendem que são os indivíduos mais novos que apresentam níveis de *burnout* mais elevados, talvez por estarem em início de carreira. No entanto, para Martinez (1997) a idade não influencia o aparecimento da síndrome de *burnout*. O autor considera que nos primeiros anos pode existir um período de sensibilização em que o profissional se encontra mais vulnerável. Relativamente à relação do *burnout* com a idade, no presente estudo, pode-se verificar que não existem diferenças.

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional, não se confirma o que a bibliografia defende, que o *burnout* se relaciona inversamente com o tempo de experiência profissional (Schaufeli e Enzmnn, 1998). Assim, podemos constatar que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Quanto à variável existência ou não de filhos, não é um fator valorizado pela bibliografia e no que diz respeito a este estudo também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *burnout* em função da existência ou não de filhos, apesar de, na amostra, as médias do *burnout* pessoal e do *burnout* relacionado com o trabalho ser ligeiramente superior para os audiologistas que têm filhos.

Também o vínculo laboral, apesar de não ser muito referenciado na bibliografia, é um fator importante porque as condições em que o indivíduo se encontra vinculado à instituição, pode criar situações de alta pressão. Na amostra, para o *burnout* pessoal, o nível médio mais elevado registou-se nos profissionais com contrato a termo incerto e o valor mais baixo nos indivíduos que têm com a instituição onde desempenham funções com contrato a termo certo. Para o *burnout* relacionado com o trabalho, o valor médio mais elevado foi registado nos contratos individuais a termo incerto e o mais baixo no contrato individual a termo certo. Por fim, no *burnout* relacionado com o utente apresenta valores médios mais baixos no contrato a termo incerto e mais elevado no contrato a termo certo.

No que diz respeito à área de intervenção, podemos verificar que os profissionais que trabalham na área da reabilitação auditiva apresentam valores médios mais elevados de *burnout* comparativamente aos que trabalham em diagnóstico. Na amostra, a média da escala de *burnout* pessoal e de *burnout* relacionado com o trabalho é idêntica para os dois grupos. No *burnout* relacionado com o trabalho os níveis médios mais baixos são apresentados pelos audiologistas que desempenham as suas funções em diagnóstico, assim como no *burnout* relacionado com o utente em que o valor médio mais elevado se encontra nos técnicos de reabilitação auditiva.

Quando relacionamos o número de horas no principal local de trabalho com os níveis de *burnout*, podemos verificar que os audiologistas que trabalham mais horas apresentam um nível mais elevado de *burnout*. Na amostra, o valor médio mais baixo encontrado foi coerente nas três escalas, ou seja, é indicativo do valor do *burnout* em quem trabalha 17 horas semanais no seu principal local de trabalho. Quem apresenta valor mais elevado de *burnout* pessoal e relacionado com o utente são os profissionais

que trabalham 38 horas semanais. Por fim, quem apresenta níveis mais elevados de *burnout* relacionado com o trabalho desempenha funções durante 45 horas semanais no seu local principal de trabalho.

No que diz respeito à qualidade de vida, podemos constatar que quem têm maiores índices de *burnout* possui uma menor qualidade de vida.

11. CONCLUSÕES

Era objetivo do presente estudo avaliar os níveis de *burnout* entre os audiologistas portugueses de acordo com as características sócio demográficas e profissionais e o impacto na sua qualidade de vida.

Nesta linha de pensamento, também os estudos efetuados relativos à temática do *burnout*, tendo como sujeitos de estudo os profissionais de saúde acompanharam a proliferação verificada noutras áreas do saber, em que os profissionais de saúde, devido às características próprias da sua atividade profissional encontram-se sujeitos a inúmeros fatores de stresse relacionados com o ambiente laboral, tratando-se assim de sujeitos de estudo particularmente pertinentes para os investigadores que procuram aprofundar o conhecimento científico relativo ao stresse e ao *burnout*, dos quais são exemplo no nosso país Jesus, (2004), Queirós, (2004), Pacheco (2005), Ramos (2001) e Vaz Serra, (1999). Os resultados encontrados por estes investigadores indicam claramente que os profissionais de saúde são dos grupos mais vulneráveis aos diferentes fenómenos de stresse por diversos fatores de natureza profissional e pessoal, assumindo estes pressupostos contornos importantes, uma vez que falamos de pessoas cuja atividade profissional envolve o contacto direto e permanente com seres humanos debilitados a nível físico e emocional, e, que procuram nesses mesmos profissionais de saúde o apoio de que necessitam para superarem as suas dificuldades.

Assim, um aspeto que gostaria de salientar relativamente ao presente estudo, diz respeito à população utilizada, na medida em que apesar dos estudos relativos ao *burnout* nos profissionais de saúde representarem já uma importante percentagem das publicações efetuadas, quer a nível internacional, quer a nível nacional, os estudos relativos aos audiologistas são praticamente inexistentes a nível nacional e internacional, razão pela qual o estudo aqui apresentado assume particular interesse, uma vez que estes profissionais de saúde, pelas características próprias da sua atividade profissional encontram-se sujeitos a inúmeros fatores de *burnout*, como podemos verificar pela revisão bibliográfica efetuada.

Relativamente ao objetivo da caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas e aos indicadores da situação profissional podemos concluir que o estudo obteve uma taxa de resposta de apenas 39%, ou seja, dos 241 inquiridos apenas responderam ao questionário 94 indivíduos. A amostra é composta por 77,2% do sexo feminino, sendo a idade média dos inquiridos de 22,8 anos, 73,8% dos profissionais são solteiros, 59,3% trabalham na área da reabilitação auditiva e a média do tempo de antiguidade na profissão situa-se nos 5,3 anos.

Quando relacionamos os níveis de *burnout* com as características sociodemográficas dos audiologistas em estudo (género, idade, situação familiar, habilitações literárias e hábitos tabágicos) verificou-se que somente se encontra diferenças estatisticamente significativas na situação familiar, onde os casados apresentam níveis mais elevados de *burnout* em comparação com os profissionais solteiros.

Relativamente aos níveis de *burnout* e as características profissionais (tempo a que exerce a função, área de intervenção, número de horas semanais trabalhadas, atividade profissional, tipo de contrato, funções de chefia e rendimento) concluiu-se que existe diferenças estatisticamente significativas quando se relaciona a variável número de horas semanais e os níveis de *burnout* dos profissionais, sendo que os audiologistas que trabalham mais horas apresentam um nível mais elevado de *burnout* relacionado com o trabalho.

Quanto ao terceiro e último objetivo deste estudo, pode-se verificar através da correlação das três escalas do CBI, com o questionário de qualidade de vida, que os audiologistas que apresentavam níveis mais elevados de *burnout* ostentam uma menor qualidade de vida.

Durante o estudo verificou-se que o valor do desvio padrão apresentou sempre valores muito elevados, o que nos remete a uma grande dispersão dos resultados. Deste modo, os resultados estatísticos da nossa amostra poderão ter sido influenciados por este indicador.

A maioria da amostra de audiologistas portugueses inquiridos, de acordo com os resultados obtidos, refletiu níveis baixos de *burnout* nas três escalas do CBI. No entanto, é importante o desenvolvimento de estudos nesta área, para que a sociedade consiga usufruir de cuidados de saúde prestados por profissionais de saúde que se encontrem bem, física e mentalmente. Para isso é necessário criar boas condições de trabalho, quer ao nível físico e estrutural, quer ao nível humano.

12. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Terminada a investigação, é tempo de refletir globalmente sobre todos os procedimentos, métodos e validade das conclusões.

Numa análise crítica sobre o trabalho produzido, devemos ter em conta que os resultados obtidos dizem respeito a uma atividade profissional específica, não sendo, portanto, possível generalizações para outras profissões ou instituições.

Inicialmente, no projeto deste estudo, a recolha da amostra incidia apenas nos sócios da APtA, mas como a taxa de resposta foi reduzida o estudo teve, obrigatoriamente, que seguir outras linhas de orientação. Neste sentido e, uma vez que, existia facilidade de comunicação entre o departamento do curso de Audiologia da ESTeSC e a responsável pela investigação, optou-se por solicitar apoio a esta escola. O tempo para avançar este estudo era limitado, ficando excluída a hipótese de desenvolver o mesmo na Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Porto e na Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Deste modo, a população selecionada para a pesquisa caracteriza-se como ser de conveniência. Numa futura investigação com profissionais de audiologia seria relevante solicitar a colaboração das escolas onde o curso é ou já foi lecionado, com o objetivo de se obter melhores resultados.

Face aos instrumentos utilizados apenas são de carácter informativo, os resultados dependem somente da perceção da população em estudo.

O presente estudo caracteriza-se por ser transversal, podendo ser considerado pouco robusto e alvo de enviesamento, porque apenas retrata o ponto de situação neste momento. Futuramente seria bastante pertinente fazer uma investigação do tipo longitudinal. Como por exemplo, quando se constatar uma melhoria significativa a nível económico e social em Portugal realizar uma nova recolha de dados e comparar os resultados recolhidos com os dados obtidos no presente estudo.

O estudo do *burnout* no presente trabalho ficaria mais completo e profundo se a investigação fosse do geral para o particular, ou seja, se se fizer o estudo das manifestações concretas individuais das vivências do *burnout* no trabalho.

Relativamente aos questionários para avaliação dos níveis de *burnout*, pode-se dizer que não contemplam de uma forma real o ambiente laboral, dado que na minha opinião poderiam ser constituídos por questões que captassem variáveis como o orgulho e a resiliência dos profissionais.

Neste contexto, seria importante a realização de um estudo prospetivo e longitudinal com amostra probabilística onde se poderia inferir os resultados obtidos para a população alvo e ajudar na delineação de algumas estratégias preventivas. Seria relevante continuar com estudos focados nesta área, sobretudo em Portugal, onde na minha perspetiva, as investigações sobre esta problemática são raras.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida, L.; Freire, T. (2008) *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
2. Alvarez *et al.* (1993) "Revisión teórica del *burnout* o desgaste profesional en trabajadores de la docencia" *Revista Critica das Ciências Sociais e Humanas*. 2: 47-65.
3. Alves, M. (2008) *Estudo das Fontes de Stresse em Enfermeiros que trabalham nos Serviços de Internamento Clínico de um Hospital Central*. Tese apresentada para obtenção do Grau de Meste em Psicologia. Universidade Fernando Pessoa.
4. Amaro, H. F. (2010) *Stresse e Burnout nos Profissionais de Emergência Médica Pré-Hospitalar*. Tese apresentada para obtenção do Grau de Doutor. Universidade do Algarve.
5. APTA (2015) *Relatório de Atividades 2014*. Lisboa: Associação Portuguesa de Audiologistas.
6. Benevides-Pereira (2002) *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
7. Benevides-Pereira, A. M.; Moreno-Jiménez, B. (2003) "O *Burnout* e o Profissional de Psicologia" *Revista Eletrônica InterAção Psy*. 1: 68-75.
8. Borritz, M.; Kristensen, T. S. (2004) Copenhagen *Burnout* Inventory: Normative data from representative Danish population on Personal *Burnout* and Results from the PUMA study on Personal *Burnout*, Work *Burnout*, and Client *Burnout* (PUMA: Project on *Burnout*, Motivation, and Job Satisfaction). National Institute of Occupational Health, Denmark. Copenhagen.
9. Carlotto, M. S. (2002) "A Síndrome de *Burnout* e o Trabalho Docente" *Psicologia em Estudo*. 7.

10. Carlotto, M.; Câmara, S. (2008) "Análise da produção científica sobre a Síndrome de *Burnout* no Brasil" *Psico*. 39: 152-158.
11. Castro, J. A.; Paredes, M.; Vilória, H. (2004) *Definición del Síndrome del Burnout*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
12. Cavalheiro, A.; Junior, D.; Lopes, A. (2008) "Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva" *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 16, 1.
13. Cherniss, C. (1992) "Long-term consequences of *burnout*: a exploratory study" *Journal of Organizational Behaviour*. 13: 1-11.
14. Cherniss, C. (1980) *Staff burnout: job stress in human services*. New York: Berverly Hills.
15. Cordes, C.; Dougherty, T. W. (1993) *A review and an integration of research on job burnout*. *Academy of Management Review*. 18, 621-656.
16. Costa, J. et al. (2011) "Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el context hospitalário" *Salud Mental*. 34, 2: 129-138.
17. Costa, M. (2009) *Burnout nos médicos - Perfil e enquadramento destes doentes*. Tese apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Universidade do Porto.
18. Cumbe, V. (2010) *Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia*. Tese apresentada para obtenção do Grau de Meste em Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade do Porto.
19. Decreto-Lei n.º 184/1989, publicado no Diário da República, 1ª série - N.º 184 - 02 de junho de 1989.
20. Decreto-Lei n.º 320/1999, publicado no Diário da República, 1ª série - N.º 186 - 11 de agosto de 1999.

21. Decreto-Lei n.º 384-B/1985, publicado no Diário da República, 2º suplemento, 1ª série - N.º 225 - 26 de fevereiro de 1985.
22. Decreto-Lei n.º 564/1999, publicado em Diário da República, 1ª série - N.º 295 - 21 de dezembro de 1999.
23. Firth-Cozens, J.; Payne, R. (1999) *Stress in health professionals*. London: Wiley.
24. Fonte, C. (2011) *Adaptação e Validação para Português do Questionário Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. Tese apresentada para a obtenção de Grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra.
25. Fortin, M. (2000) *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
26. Fortin, M. F. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
27. Franco, M.; Tavares, E. (2009) "Fontes de Pressão no Emprego e seu Potencial na Qualidade de Vida de Fisioterapeutas" *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias de Saúde*. 6, 2: 186-195.
28. Frasquilho, M. A. (2003) "De que se fala quando se fala de stress?" *Segurança*. 153: 25-28.
29. Frasquilho, M. A. (2005a) "Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout" *Acta Médica Portuguesa*. 18: 433-444.
30. Frasquilho, M. A. (2005b) "Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento" *Saúde Mental*. 23,2: 89-98.
31. Freitas, J. F. (1999) *Stress e Burnout* In: Mota-Cardoso; et al., *O stress na profissão docente. Como prevenir, como manejar*. Porto: Porto Editora.
32. Freudenberg, H. J. (1974) "Staff Burn-Out" *Journal of Social Issues*. 30, 1: 159-165.

33. Garcia, D. C. (1990) "Burnout profesional en organizaciones" *Boletín de Psicología*. 29: 7-27.
34. Gaspar, D. (2006) "Medicina Geral e Familiar. Uma escolha gratificante" *Acta Médica Portuguesa*. 19: 133-140.
35. Gil-Monte, P. R. (2003) "El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) em profissionais de enfermagem" *Revista Eletronica InterAção Psy*. 1: 19-33.
36. Gil-Monte, P.; Peiró, J. (1999) *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo* Murcia. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
37. Golembiewski, R. T. (1986) *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.
38. Gomes, A. M. (1996) *Os profissionais de saúde perante a doença grave*. *Psiquiatria clínica*. 17, 3: 209-211.
39. Hill, M. M.; Hill, A. (2000) *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
40. Hillhouse, J. J.; Adler, C. M.; et al. (2000) "A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study" *Psychology, Health and Medicine*. 5,1: 63-73.
41. Internacional Council of Nurses (2010) *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2.0*. Edição Portuguesa da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
42. Jesus, S. N. (2004) *Psicologia da Educação*. Coimbra: Quarteto Editora.
43. Katz, J. (1999) *Tratado de Audiologia Clínica*. São Paulo: Manole Editora.
44. Katz, J.; et al. (2009) *Handbook of Clinical Audiology* (6ª Edição ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

45. Kristensen, T.; Borritz, M.; Villadsen, E.; Christensen, K. (2005) *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*. *Work & Stress*, 19, 3, 192-207.
46. Landeiro, E. (2011) "Viagem pelo Mundo da Ansiedade, Burnout e Perturbação Depressiva" *O portal dos psicólogos*, <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0592.pdf> [23 de maio de 2015].
47. Lazarus, R.; Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
48. Leal, M. F. (1996) *Stress e Burnout*. Coimbra: Centro de Investigação em Medicina Social.
49. Leiter, M. P. (1991) "The dream denied: professional *burnout* and the constraints of service organizations" *Canadian Psychology*. 32, 4: 547-558.
50. Lobo, F. (2003) *Clima organizacional de sector público e privado no norte de Portugal*. Porto: Fundação Calouste Gulbenkian..
51. Marques-Teixeira, J. (2002) "*Burnout* ou a síndrome de exaustão" *Saúde mental*. 4: 8-19.
52. Martín, A. F.; *et al.* (1994) "Estúdio de la morbilidad psiquiátrica en personal sanitario" *Actas Luso-Espanolas de Neurologia Psiquiatria y Ciencias Afines*. XXII (2): 71-76.
53. Martinez, J. (1997) "Aspectos epidemiológicos del síndrome de *burnout* en personal sanitaria" *Revista Espanhola de Saúde Pública*. 71, 3: 293-303.
54. Maslach, C. (1993) *Burnout: a multidimensional perspective*. In: W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marck, *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis. 19-32.
55. Maslach, C. (2003) "Job *burnout*: new directions in research and intervention" *Current directions in Psychological Science*. 12,5: 189-192.

56. Maslach, C.; Goldberg, J. (1988) "Prevention of *burnout*: news perspectives" *Applied e Preventions Psychology*. 7: 63-74.
57. Maslach, C.; Jackson, S. (1977) "Inventario *Burnout* de Maslach: syndrome del quemado por esters laboral asistencial". *Publicaciones de Psicologia Aplicada*, 211.
58. Maslach, C.; Jackson, S. (1981) "The Measurement of Experienced *Burnout*" *Journal of Occupational Behaviour*. 2: 99-113.
59. Maslach, C.; Jackson, S. (1986) *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
60. Maslach, C.; Jackson, S. (1985) "The role of sex and family variables in *burnout*" *Sex Roles*. 12: 837-851.
61. Maslach, C.; Leiter, M. (1997) *The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
62. Maslach, C.; Leiter, M. (1999) "Take this job and... love it" *Psychology Today*. 32: 50-53.
63. Maslach, C.; Schaufeli, W. (1993) *Historical and Conceptual development of Burnout*. In: W. B. Schaufeli, C. Maslach, e T. Marcks, *Professional Burnout: recent development in theory and research* (pp. 1-16). Washington: Taylor & Francis.
64. Maslach, C.; Jackson, S. E.; Leiter, M. P. (1996) *The Maslach Burnout Inventory Manual*. California: Consulting Psychologists Press.
65. Maslach, C.; Schafeli, W.; Leiter, M. (2001) "Job *Burnout*" *Annual Review Psychology*. 52, 397-422.
66. Matos, M. G.; Veja, E. D.; Urdániz, A. P. (1999) "Estudo do síndrome de *burnout* entre os profissionais de saúde de um hospital geral" *Psiquiatria Clínica*. 20: 125-138.

67. McDermott, D. (1984) "Professional burnout Professional burnout and its relation to job characteristics, satisfaction and control" *Journal of Human Stress*. 10: 79-85.
68. McIntyre, T. M. (1994) "Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem" *Análise Psicológica*. 193-200.
69. Monte, P.; Schaufeli, W. (1991) "Burnout en enfermaria: um estudio comparativo España-Holanda" *Psicologia del trabajo y de las organizaciones*. 7: 121-130.
70. Morais, A.; Maia, P.; et al. (2006) "Stress and burnout among Portuguese anaestheologists" *European Journal of Anaestheologists*.2,7: 125-129.
71. Moreira, M. (2010) *O Paradoxo em Tecnologias da Saúde - da Racionalidade Paramétrica à Racionalidade Estratégica*. Tese apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos. Universidade de Lisboa.
72. Moreno-Jiménes, B.; Herrero, M. G.; Hernández, E. G. e Adán, J. C. (2006) "Nuevos planteamientos en la evaluación del *burnout*. La evaluación específica del desgaste profesional médico" *Atención primaria*. 38, 10: 544-459.
73. Nogueira, J. (1988) *Stress e exaustão médicas: que saída para a crise?* Estudo realizado no âmbito do internato de especialidade de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública.
74. Nunes, R. (2000) *Career Burnout and Couple Burnout - A cross cultural perspective - The portuguese reality*. Lisboa: Universidade Lusófona.
75. Ogden, J. (2000) *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
76. Oliveira, M. (2008) *Burnout e Emoções: Estudo exploratório em medicos de um hospital do Porto*. Tese apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto.
77. OMS: Organización Mundial de la Salud (2004) *La organización del trabajo y el estrés*. Filândia: I-WHO. 3.

78. Pacheco, J. E. (2005) *Pacheco, J. E. (2005) Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde*. Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Universidade do Algarve.
79. Paice, E. (1997) "Why do young doctors leave the profession?" *Journal of the Royal Society of Medicine*. 90,8: 417-418.
80. Pais-Ribeiro, J. L. (2005) *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
81. Parreira, P. M. (1998) *Contacto com a Morte e Síndrome de Burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia*. Tese apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comportamento Organizacional. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
82. Peixoto, M. A.; Silva, R. N. (2000) "Aprendizagem: Contribuições para pensar a Formação do Médico" *Revista Brasileira de Educação Médica*. 24.2: 41-47.
83. Pereira, J.; Rodrigues, J.; Cunha, M. (2010) "Stress, *Burnout* e Desordens Emocionais em Profissionais de Saúde de Oncologia" *VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1448-1462). Universidade do Minho.
84. Pines, A. (1993) An existential perspective. In C. Maslach, W. Schaufeli, & T. Marek, *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 33-52). Philadelphia: Taylor & Francis.
85. Pines, A. (2000) "Treating Career *Burnout*: A Psychodynamic Existential Perspective" *Psychotherapy in Practise*. 56.5: 633-642.
86. Pinteus, M. T. (2001) *O síndrome de burnout em fisioterapeutas que tratam bebés e crianças com paralisia cerebral*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
87. Pocinho, M. (2013) *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Coimbra: Lidel.
88. Pronost, A. M.; Tap, P. (1996) *La prévention du burnout et ses incidences sur les stratégies de coping*. Psychologie Française.

89. Queirós, C. (1997) *Emoções e comportamento desviante, um estudo na perspectiva da personalidade como sistema auto-organizador*. Tese apresentada para a obtenção de Grau de Doutor em Psicologia. Universidade do Porto.
90. Queirós, P. (2004) *Burnout, consumo de substâncias, vinculação e sentido interno de coerência*. Monografia para prestação de provas para Professor Coordenador. Escola Superior de Enfermagem Ângelo da Fonseca.
91. Queirós, P. J. (2005) *Burnout no trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses*. Coimbra: Formasau. 23-283.
92. Raggio, B.; Malacarne, P. (2007) *Burnout in intense care unit*. *Minerva Anestesiologica*. 73,4: 195-200.
93. Ramirez, A. J.; Graham, J.; Richards, M. A.; Cull, A.; Grogary, W. M. (1996) "Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work" *The Lancet*.347, 9003: 724-728.
94. Ramos, M. (2001) *Desafiar o desafio: prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Editora RH. 47-348.
95. Richardsen, A. M.; Burke, R. J. (1995) "Models of *Burnout*: Implications for Interventions" *International Journal of Stress Management*. 2: 31-43.
96. Rodrigo, M. L. (1995) "Estrés de los profesionales de enfermaria: sobre qué o quien repercute?". *Revista ROL de Enfermaria*. 201: 65-68.
97. Sacadura-Leite, E.; Sousa-Uva, A. (2007) "Stress relacionado com o trabalho. *Saúde e Trabalho*" *Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*. 06.3: 25-42.
98. Schaufeli, W. B.; Buunk, B. P. (2003) *Burnout: An Overview of 25 years of Research and Theorizing*. In: J. Schabracq, & C. Cooper, *The Handbook of Work and Health Psychology*. New York: John Wiley e Sons.

99. Schaufeli, W. B.; Martínez, I. M.; et al. (2002) "Burnout and engagement in University Students" *Journal of cross-national psychology study*. 33: 364-481.
100. Schaufeli, W.; Enzmnn, D. (1998) *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
101. Schaufeli, W.; et al. (1993) *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis.
102. Schaufeli, W. B.; Buunk, B. P. (1996) Professional burnout. In: M. J. Schabracq, J. M. Winnubst, & C. L. Cooper, *Handbook of work and health psychology (311-346)*. London: Wiley.
103. Serra, A. (2011) *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Revista e Aumentada.
104. Slavitt, D. B.; Stamps, P. L.; Piedmant, E. B.; Haase, A. B. (1978) "Nurses satisfaction with their work situation" *Nursing Research*. 27, 2.
105. Smets, E. M.; Visser, M. R.; et al. (2004) "Perceived inequity: Does it explain burnout among medical specialists?" *Journal of Applied Social Psychology*. 34: 1900-1918.
106. Soares, C. (2015) "Burnout - O fim da linha" *Visão*. 1151: 56-62.
107. Takala, J.; Urrutia, M. (2009) "Safety and health at work: a European perspective" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Número especial 25 anos: 21-30.
108. Tattersall, A.; Bennett, P.; et al. (1999) "Stress and coping in hospital doctors" *Stress Medicine*. 15: 109-113.
109. Vaz Serra, A. (1999) *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
110. WHO: World Health Organization (2003) "WHO definition of Health" <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [23 de junho de 2015].

111. Winwood, P.; Winefield, A. (2004) "Compering Two Measures of *Burnout* Among Dentists in Australia" *International Journal of Stress Management*. 11, 282-289.
112. Wright, E. (1997) "The impact of organizational factors on mental health professionals Psychiatric Services" *Journal of Clinical and Health Psychology*. 7, 921-927.
113. Zeckhausen, W. (2002) "Ideas for Managing Stress and Extinguishing *Burnout*. Small changes can make a big difference in how you deal with the pressures of practice" *Family Practise Management*. 1,2: 35-38.

Anexos

Anexo 1



Ana Luisa Ferreira <analsmferreira@gmail.com>

Pedido de colaboração em Tese de Mestrado

Jorge Humberto Martins <aud.jorgehumberto@gmail.com>

12 de dezembro de 2014 04:25

Para: Ana Luisa Ferreira <analsmferreira@gmail.com>

Olá Ana Luisa

Naturalmente que a APtA colaborara na divulgação do teu trabalho e enviará para todos os associados os teus questionários. Poderás enviar todo o material que necessitas para mim que eu depois encaminho para a associação.

Jorge Humberto martins

No dia quinta-feira, 11 de dezembro de 2014, Ana Luisa Ferreira <analsmferreira@gmail.com> escreveu:

Boa noite Dr.º Jorge Humberto,

O meu nome é Ana Luísa Simões Marques Ferreira, sou licenciada em Audiologia pela Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra e atualmente frequento o 2º ano do Mestrado de Gestão e Economia da Saúde na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Venho, por este meio, solicitar a colaboração da Associação Portuguesa de Audiologistas na recolha de dados para a minha dissertação de Mestrado. Onde o tema será "*Burnout*" nos Técnicos de Audiologia" e terá a colaboração do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC).

O objetivo deste estudo será avaliar o impacto do "*Burnout* nos Audiologistas", assim como comparar o mesmo em Técnicos de Reabilitação e de Diagnóstico e avaliar o seu impacto na qualidade de vida dos mesmos.

A colaboração da associação seria importante na parte da recolha de dados, que será realizada através de 3 questionários (Sócio-Demográfico; Qualidade de vida; *Copenhagen Burnout Inventory*) onde necessito de passar ao maior número de Audiologistas, para que a minha amostra seja significativa.

Assim, existem duas possibilidades:

Hipótese 1 - A APtA facultar o correio-electrónico (Email) de todos os associados;

Hipótese 2 - A faculdade gerar códigos em número igual ao de associados e a APtA divulga-o para todos, solicitando o favor de colaborar no estudo através do preenchimento dos instrumentos disponíveis no link.

Caso este pedido seja aceite, o mesmo será formalizado através de proposta escrita pelo CEISUC.

Aguardo uma resposta tão breve quanto possível.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade.

--

Atentamente,

Ana Luísa Ferreira

--

Jorge Humberto Martins

Audiologista / Audiologist

Mestre em Ciências da Fala e da Audição / Masters in Speech and Hearing Science

Doutorando em Voz, linguagem e Comunicação / Ph.D. Student

Presidente da Associação Portuguesa de Audiologistas/President of the Portuguese Association of Audiologists

Anexo 2



Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra



Exm^a Senhora
Xxxx

Coimbra, xx de maio de 2015

Exm^a Senhora xxx,

Na sequência de uma solicitação do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), a APtA decidiu apoiar um estudo levado a cabo por este Centro com o objetivo de avaliar o *burnout* dos audiologistas em Portugal.

Esta avaliação de *burnout* far-se-á através de um questionário disponível, **durante o mês de maio de 2015**, na Internet no endereço:

http://www.uc.pt/org/ceisuc/Investigacao/Proj_curso/Burnout_Audiologistas/

Assim, pedimos-lhe que aceda ao questionário e, após colocar a sua palavra-chave única,

XXXXX

responda às perguntas do questionário. Se não quiser ou conseguir responder de uma só vez (o que seria desejável), poderá sempre gravar as suas respostas e, posteriormente, com a mesma palavra-chave, completar o questionário. Só serão considerados os questionários completamente preenchidos.

A resposta ao questionário será **anónima** e o próprio CEISUC nunca poderá saber quem respondeu ao inquérito e, muito menos, o que cada indivíduo respondeu. A palavra-chave que é distribuída aos audiologistas, e que o CEISUC desconhece a quem foi entregue, não ficará associada ao registo informático que contém as respostas.

Sendo este questionário anónimo, o CEISUC garante a **completa confidencialidade** dos dados que fornecer. Assim, nunca ninguém poderá vir a ser identificado a partir dos resultados deste inquérito. De qualquer modo, para reforçar isso, colocaram-se como opcionais as perguntas referentes aos dados pessoais. No entanto, e apesar disso, seria importante que as preenchesse.

Agradeço, por fim, toda a colaboração prestada a este estudo. Qualquer informação ou esclarecimento que considere pertinente (email: pedrof@fe.uc.pt; telemóvel: 919 370 696).

Os meus melhores cumprimentos.

Anexo 3

Burnout entre audiologistas



Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra



Este questionário destina-se aos audiologistas e tem o apoio da Associação Portuguesa dos Audiologistas (APtA).

Tem como objectivo avaliar as dimensões de *burnout* entre os audiologistas.

Por favor, demore o tempo que entender por forma a responder completamente às perguntas colocadas.

A sua sinceridade no preenchimento deste questionário é essencial.

Este inquérito estará acessível até ao fim de maio de 2015.

Sendo este questionário anónimo, garantimos a completa confidencialidade dos dados que nos fornecer.

Nunca ninguém poderá ser identificado a partir dos resultados deste inquérito.

Apesar desta garantia de confidencialidade, colocámos como opcionais as perguntas referentes

aos dados pessoais (são dados que tornam, contudo, a informação mais completa, pelo que agradecemos o seu preenchimento).

Para qualquer esclarecimento, por favor contacte o CEISUC

Telefone 239 790 507 ou e-mail: ceisuc@fe.uc.pt

Obrigado por partilhar connosco a sua opinião.

Existem 31 perguntas neste inquérito

ATIVIDADE PROFISSIONAL

[]1. Há quanto tempo exerce a sua profissão de audiólogista? *

Por favor, escreva aqui a(s) sua(s) resposta(s):

Anos

Meses

[]2. Indique, por favor, a sua atividade profissional principal, a que lhe ocupa a maior parte do seu tempo.

Utilize a caixa de comentário para qualquer informação adicional. *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Técnico de audiologia em organismo público
- Técnico de audiologia em organismo privado

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]3. Em que instituição desempenha esta atividade profissional? *

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]4. Dentro da audiologia, qual a sua área de intervenção? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Diagnóstico
- Reabilitação auditiva
- Reabilitação vestibular

[]5. Se trabalha por conta de outrem (no público ou no privado), qual o seu tipo de contrato? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Termo certo
- Termo incerto
- Sem termo

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]6. Horas semanais de trabalho *

Por favor, escreva aqui a(s) sua(s) resposta(s):

No total, em média, quantas horas trabalha no principal local de trabalho?

E quantas, em média, trabalha em outros locais de trabalho?

[]7. Exerce funções de chefia? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

INVENTÁRIO DE BURNOUT

Por favor tenha em atenção que não há respostas melhores ou piores. A resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência.

[]A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando a opção respetiva. *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/Quase Nunca
Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem energia suficiente para a família e amigos durante o tempo de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se esgotado/a por causa do trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ESTADO DE SAÚDE

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

[] 1. *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Má
Em geral, diria que a sua saúde é:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para a primeira pergunta, por favor assinale o círculo que número que melhor descreve a sua saúde.

[]

2. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

*

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir vários lanços de escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor assinale um círculo em cada linha.

[] 3. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico? *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]4. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?
*

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]5. Durante as últimas 4 semanas ... *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
Em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

*

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu com muita energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu deprimido/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

[]7. Durante as últimas quatro semanas ... *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca/Quase Nunca
Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SATISFAÇÃO GLOBAL

[]16. Sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho? *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]17. Se pudesse voltar atrás, escolheria novamente a sua profissão de audiólogista? *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]18. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta instituição para a sua atividade profissional principal? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]19. Atualmente, qual o seu grau de satisfação nesta instituição? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]20. Na sua opinião, como se poderia melhorar o seu desempenho como audiologista?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

DADOS PESSOAIS

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

[]21. Qual é o seu sexo?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Feminino
 Masculino

[]22. Qual é a sua idade?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

anos

[]23. Qual é a sua situação familiar?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Casado/a ou em união de facto
 Solteiro/a
 Viúvo/a
 Divorciado/a
 Separado/a

[]24. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]25. Quantos filhos tem?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]26. De que forma é que o seu rendimento familiar é suficiente para as necessidades do seu agregado familiar e da sua formação?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Mais do que suficiente
- Suficiente
- Insuficiente
- Mais do que insuficiente

[]27. Que grau de ensino é que completou?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento

[]28. Fuma?

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

[]Se sim, quantos cigarros por dia?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

cigarros

[] Se fuma, em que situações considera que fuma demais?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

COMENTÁRIO FINAL

[]33. Há mais algum comentário que queira acrescentar?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:



Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra



**MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE
QUESTIONÁRIO.**

Submeter o seu inquérito
Obrigado por ter concluído este inquérito.

Anexo 4

Burnout entre audiologistas



Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra



Este questionário destina-se aos audiologistas e tem como objectivo avaliar as dimensões de *burnout* entre os audiologistas.

Por favor, demore o tempo que entender por forma a responder completamente às perguntas colocadas. A sua sinceridade no preenchimento deste questionário é essencial.

Este inquérito estará acessível até ao fim de junho de 2015.

Sendo este questionário anónimo, garantimos a completa confidencialidade dos dados que nos fornecer. Nunca ninguém poderá ser identificado a partir dos resultados deste inquérito.

Apesar desta garantia de confidencialidade, colocámos como opcionais as perguntas referentes aos dados pessoais (são dados que tornam, contudo, a informação mais completa, pelo que agradecemos o seu preenchimento).

Para qualquer esclarecimento, por favor contacte o CEISUC

Telefone 239 790 507 ou e-mail: ceisuc@fe.uc.pt

Obrigado por partilhar connosco a sua opinião.

Existem 31 perguntas neste inquérito

ATIVIDADE PROFISSIONAL

[]1. Há quanto tempo exerce a sua profissão de audiolista? *

Por favor, escreva aqui a(s) sua(s) resposta(s):

Anos

Meses

[]2. Indique, por favor, a sua atividade profissional principal, a que lhe ocupa a maior parte do seu tempo.

Utilize a caixa de comentário para qualquer informação adicional. *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Técnico de audiolgia em organismo público
- Técnico de audiolgia em organismo privado

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]3. Em que instituição desempenha esta atividade profissional? *

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]4. Dentro da audiolgia, qual a sua área de intervenção? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Diagnóstico
- Reabilitação auditiva
- Reabilitação vestibular

[]5. Se trabalha por conta de outrem (no público ou no privado), qual o seu tipo de contrato? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Termo certo
- Termo incerto
- Sem termo

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]6. Horas semanais de trabalho *

Por favor, escreva aqui a(s) sua(s) resposta(s):

No total, em média, quantas horas trabalha no principal local de trabalho?

E quantas, em média, trabalha em outros locais de trabalho?

[]7. Exerce funções de chefia? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

INVENTÁRIO DE BURNOUT

Por favor tenha em atenção que não há respostas melhores ou piores. A resposta correta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência.

[]A cada uma das frases deve responder consoante a frequência com que tem esse sentimento, assinalando a opção respetiva. *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/Quase Nunca
Está cansado de trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente cansado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente fisicamente exausto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência pensa: "Eu não aguento mais isto"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente fatigado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem energia suficiente para a família e amigos durante o tempo de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acha difícil trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acha frustrante trabalhar com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se esgotado/a por causa do trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ESTADO DE SAÚDE

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

[] 1. *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Má
Em geral, diria que a sua saúde é:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para a primeira pergunta, por favor assinale o círculo que número que melhor descreve a sua saúde.

[]

2. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto? *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir vários lanços de escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor assinale um círculo em cada linha.

[] 3. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico? *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] 4. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)? *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]5. Durante as últimas 4 semanas ... *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
Em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu com muita energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu deprimido/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

[]7. Durante as últimas quatro semanas ... *

Por favor, selecione uma resposta apropriada para cada item:

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca/Quase Nunca
Até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SATISFAÇÃO GLOBAL

[]16. Sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho? *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]17. Se pudesse voltar atrás, escolheria novamente a sua profissão de audiólogista? *

Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]18. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta instituição para a sua atividade profissional principal? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Claro que sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Claro que não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]19. Atualmente, qual o seu grau de satisfação nesta instituição? *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Nem satisfeito nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

[]20. Na sua opinião, como se poderia melhorar o seu desempenho como audiólogista?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

DADOS PESSOAIS

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

[]21. Qual é o seu sexo?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Feminino
 Masculino

[]22. Qual é a sua idade?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

anos

[]23. Qual é a sua situação familiar?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Casado/a ou em união de facto
 Solteiro/a
 Viúvo/a
 Divorciado/a
 Separado/a

[]24. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]25. Quantos filhos tem?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

[]26. De que forma é que o seu rendimento familiar é suficiente para as necessidades do seu agregado familiar e da sua formação?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Mais do que suficiente
- Suficiente
- Insuficiente
- Mais do que insuficiente

[]27. Que grau de ensino é que completou?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Bacharelato
- Licenciatura
- Pós-Graduação
- Mestrado
- Doutoramento

[]28. Fuma?

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- Sim
- Não

[]Se sim, quantos cigarros por dia?

Neste campo só é possível introduzir números.

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

cigarros

[]Se fuma, em que situações considera que fuma demais?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

COMENTÁRIO FINAL

[]33. Há mais algum comentário que queira acrescentar?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:



**Centro de Estudos e Investigação
em Saúde da Universidade de Coimbra**



MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.

Submeter o seu inquérito
Obrigado por ter concluído este inquérito.